

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России)
Факультет психолого-социальной работы и высшего сестринского образования
кафедра клинической психологии и педагогики

Допустить к защите:
Зав. кафедрой клинической психологии
и педагогики
д.пс.н., профессор Е.С. Набойченко

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ КОМПЛАЕНСА РОДИТЕЛЕЙ В
РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ
ПАРАЛИЧОМ

Специальность:
37.05.01 - Клиническая психология
Квалификация: специалист

Исполнитель:
студент группы ОКП–601
Хусаинов Д.Д.

Научный руководитель:
д.пс.н., профессор
Набойченко Е.С.

Екатеринбург - 2019

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
1 Теоретико-методологические аспекты изучения комплаенса родителей в реабилитации детей с детским церебральным параличом	7
1.1 Понятие детского церебрального паралича и психологические особенности родителей, воспитывающих ребенка с детским церебральным параличом	7
1.2 Понятие мотивации и комплаенса	12
1.3 Дифференциальный анализ теорий и соотношение нормы с патологией	26
2 Материалы и методы исследования	35
2.1 Описание исследуемой группы и методик исследования	35
2.2 Обработка результатов обследования по методике исследования комплаенса Мориски-Грин	38
2.3. Обработка результатов обследования по методике восьмицветового теста Люшера	40
2.4 Обработка результатов обследования по методике многофакторного исследования личности Кеттела.....	62
3 Теоретическая модель формирования комплаенса у родителей в реабилитации детей с детским церебральным параличом	67
3.1 Методы и их мишени.....	67
3.2 Модель психотерапии родителей воспитывающих детей с ДЦП	69
Заключение	72
Список использованных источников	74
Приложение 1_Результаты методики “Шкала комплаентности Мориски-Грин” в рамках клинической выборочной совокупности	77

Приложение 2_Результаты методики “Методика многофакторного исследования личности Кеттелла (16-PF C)” в рамках клинической выборочной совокупности	78
Приложение 3_Результаты методики “Восьмицветовой тест Люшера” в рамках клинической выборочной совокупности	80
Приложение 4_Результаты методики “Шкала комплаентности Мориски Грин” в рамках контрольной выборочной совокупности	82
Приложение 5_Результаты методики “Методика многофакторного исследования личности Кеттелла (16-PF C)” в рамках контрольной выборочной совокупности.	83
Приложение 6_Результаты методики “Восьмицветовой тест Люшера” в рамках контрольной выборочной совокупности	85
Приложение 7_Результаты обработки распределений контрольной выборочной совокупности критерием соответствия Лиллиефорса с целью проверки на нормальность.....	87
Приложение 8_Результаты обработки распределений клинической выборочной совокупности критерием соответствия Лиллиефорса с целью проверки на нормальность.....	88
Приложение 9_Результаты корреляционного анализа с помощью критерия Спирмена в рамках клинической выборочной совокупности между уровнем комплаентности и личностными чертами.....	89
Приложение 10_Результаты корреляционного анализа с помощью критерия Спирмена в рамках контрольной выборочной совокупности между уровнем комплаентности и личностными чертами.....	90

ВВЕДЕНИЕ

Данная тема актуальна в связи с целым рядом причин. В настоящее время, вся медико-реабилитационная система нашего государства фокусируется на идее биопсихосоциального подхода к своей деятельности. Сам логический базис, основная предпосылка данного взгляда на систему здравоохранения подразумевает комплексность, системность методологии и методов. И именно это подводит нас к необходимости как можно более комплексного охвата факторов, влияющих на течение как процесса реабилитации. Ситуация постановки такого диагноза ребенку – это всегда стресс, шок. Родитель будет вынужден адаптироваться к новой жизни. К жизни с таким ребенком. Реабилитация детей с ДЦП – является достаточно специфическим, трудоемким и системным процессом, требующим как слаженной работы мультидисциплинарной команды специалистов, так и активного участия в процессе родителей таких детей [30]. Более детальное исследование феноменов, определяющих то, какую роль будет играть в рамках такого процесса позволит более точно предсказать исход процесса, а также разработать программы коррекции неоптимальных для прохождения реабилитации психических параметров.

Состояние комплаенса, общепринято считается наиболее эффективным для прохождения лечения. Соответственно, достижение комплаенса родителя является крайне важным. За ним скрывается целая плеяда различных факторов, среди которых можно отдельно выделить мотивационный компонент.

Личность родителя, потребности родителя в рамках процесса реабилитации, в рамках контакта с ребенком и специалистами. Данное исследование призвано рассмотреть, в каких отношениях находятся данные элементы при формировании мотивации в ходе реабилитации ребенка и как они будут влиять на формирование комплаенса.

Исследование данного аспекта психической сферы родителя потенциально может подводить к оптимизации психокоррекционных мероприятий, связанных с формированием комплаенса. Данная перспектива открывает в свою очередь возможность более полной и качественной реабилитации детей с ДЦП.

Объект исследования - комплаенс родителей при реабилитации детей с ДЦП.

Предмет исследования - формирование мотивации комплаенса родителей при реабилитации детей с ДЦП.

Цель работы – проанализировать факторы формирования мотивации способствующей достижению комплаенса, а также способы их коррекции.

Задачи:

1. Анализ литературных источников по темам: детский церебральный паралич, понятие мотивации, рассмотрение и анализ теорий мотивации.
2. Рассмотрение понятия комплаенс и его связь с мотивацией.
3. Дифференциальный анализ полученной информации.
4. Рассмотрение соотношения нормы и патологии в рамках мотивационно-потребностной сферы.
5. Проведение исследования психических особенностей родителей, имеющих детей с ДЦП, в поисках особенностей влияния мотивационно-личностной сферы на достижение комплаенса.
6. Формирование теоретической модели психотерапии для коррекции уровня комплаенса.

Гипотеза исследования.

Уровень комплаенса различен в группе родителей, воспитывающих ребенка без ОВЗ и в группе родителей воспитывающих детей с детским церебральным параличом, что будет обусловлено различиями в рамках потребностной и личностной сферах.

В качестве теоретико-методологической базы данной работы выступают центральные идеи отечественного деятельностного подхода к изучению психики (Б.В. Зейгарник, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн), а также идеи психодинамической психологической школы (Дж. Боулби, О. Кернберг, А. Фрейд, З. Фрейд, Н. Мак-Вильямс). Также в рамках данного исследования использовались взгляды на подход к структурированию личности Р. Кеттела, исследования М. Люшера и работы Д. Мориски, Л. Грина.

Комплекс методов исследования работы составили: анализ научных источников, анкетирование, тестирование, методы математической обработки: критерий соответствия Лиллиефорса, U-критерий Манна-Уитни, ранговый критерий корреляций Спирмена

Методики исследования:

- Шкала комплаентности Мориски – Грин;
- Восьмицветовой тест Люшера;
- Многофакторный опросник исследования личности Кеттела (16-PF C).

Эмпирическая база исследования: стационарные отделения ГБУЗ СО “Бонум”. В исследовании приняли участие 80 родителей: 40 родителей воспитывающих детей с детским церебральным параличом (уровень GMFCS – 1 и 2) и 40 родителей воспитывающих детей без ограничений возможностей здоровья.

Теоретическая значимость данной работы заключается в расширении и углублении знаний о факторах, оказывающих влияние на формирование комплаенса и мотивации стоящей за ним. Всё это позволит заложить основу для дальнейших систематизированных исследований в рамках этого поля.

Практическая значимость данной работы заключается в предложении теоретической модели психотерапии, использование которой потенциально способно оптимизировать проведение реабилитационных мероприятий.

1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ КОМПЛАЕНСА РОДИТЕЛЕЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

1.1 Понятие детского церебрального паралича и психологические особенности родителей, воспитывающих ребенка с детским церебральным параличом

Для того, чтобы строить анализ психологических особенностей родителей, которые воспитывают ребенка больного детским церебральным параличом важно начать с рассмотрения данной нозологической единицы.

Важно понимать, как она проявляет себя, как варьируется в рамках клинических проявлений и на какие сферы жизни ребенка и родителя она будет влиять.

Детский церебральный паралич (сокращенно - ДЦП) представляет собой термин для обозначения целой группы расстройств моторного спектра. Данные расстройства являются стойкими и хроническими, но не имеют тенденции к прогрессу. По своей этиологии они обусловлены последствиями поражений головного мозга в пренатальном и перинатальном периодах развития ребенка [1].

В рамках МКБ-10 выделяют следующие формы детского церебрального паралича:

- G80.0 – Спастический церебральный паралич, квадриплегия;
- G80.1 – Спастический церебральный паралич, диплегия;
- G80.2 – Спастический церебральный паралич, гемиплегия;
- G80.3 – Дискинетический церебральный паралич;
- G80.4 – Атаксический церебральный паралич;
- G80.8 – Другой вид церебрального паралича;
- G80.9 – Церебральный паралич неуточненный.

Формы отличаются по тяжести и характеру нарушений моторной сферы. Форма G80.0 будет характеризоваться поражением двигательных функций во всех четырех конечностях. Степень спастичности будет одинаковой во всех четырех конечностях. Также могут наблюдаться псевдобульбарный синдром, дизартрия, поражение когнитивных способностей и интеллекта, эпилепсия. Данная форма является одной из самых тяжелых.

Форма G80.1 характеризуется тетрапарезом с преобладанием спастических явлений в мускулатуре ног. При данной форме как правило наблюдается раннее образование контрактур и деформаций суставов, могут наблюдаться поражения когнитивной сферы. Данная форма, как правило, прогностически благоприятна для социальной реабилитации. При достаточном функционировании рук и отсутствии поражения когнитивных функций могут достичь социальных показателей аналогичных здоровым людям.

Форма G80.2 – гемиплегия. Наблюдается спастический гемипарез, с одной стороны тела. Как правило рука демонстрирует меньшую способность к движению, нежели нога. Как правило дети с данной формой детского церебрального паралича демонстрируют более позднее овладение навыками нежели их здоровые сверстники, нередко наблюдаются задержки в психоречевом развитии. Прогноз относительно степени социальной адаптированности зачастую основывается не на степени моторного дефекта, сколько на степени повреждения когнитивных функций.

Форма G80.3 – дискинетическая форма (также известна как гиперкинетическая). В рамках клинических проявлений характеризуется гиперкинезами и повышением общего мышечного тонуса. Могут наблюдаться нарушения функций мускулатуры, участвующей в движении глаз, дизартрии и снижение слуха. Однако, данная категория больных зачастую демонстрирует сохранный интеллект, что позволяет формировать благоприятный процесс для социальной адаптации. Такие больные зачастую способны получать образование в рамках средней школы, заканчивать высшие

учебные заведения, осваивать определенные виды квалифицированного труда и осуществлять в их рамках трудовую деятельность.

Форма G80.4 – атаксическая. Характеризуется снижением тонуса скелетной мускулатуры, атаксией. Могут наблюдаться речевые расстройства, в редких случаях отмечаются расстройства интеллекта [1;24].

Помимо диагностирования по форме заболевания врачами была разработана функциональная классификация – GMFCS (Gross Motor Function Classification System – система классификации больших моторных функций). Она используется для оценки двигательных функций и распределяет больных по пяти уровням:

- Уровень I – характеризуется тем, что ребенок может передвигаться без ограничений;
- Уровень II – ребенок может ходить с определенными ограничениями;
- Уровень III – ребенок способен ходить с применением ручных приспособлений для передвижения;
- Уровень IV – наблюдается ограниченность самостоятельного передвижения, больной может передвигаться за счет использования моторизованных средства передвижения;
- Уровень V – полная неспособность ребенка к передвижению, нуждается в перевозке окружающими с применением специальных средств [1].

Логично предположить, что последствия данного заболевания у ребенка для родителя будут отличаться. Уровень GMFCS может быть информативным в оценке влияния на психику родителя.

Чем больше степень моторного поражения – тем большую степень влияния на родителя будут оказывать причины объективные. Большой уровень GMFCS детского церебрального паралича будет формировать картину, которая требует большего внимания со стороны родителя. Ребенок имеет большую степень моторного дефекта, соответственно требует большего вмешательства со стороны родителя, больше помощи и бытового

обслуживания. Это будет одной стороной ситуации. Здесь родителю приходится реагировать больше на объективные явления, которые изначально не являются психические продукты. Для того, чтобы они стали таковыми – им предстоит быть опосредованными путем ощущения, восприятия, мышления. Родитель будет больше подвержен формированию индивидуально значимых представлений о себе, своем ребенке и об отношениях с ним на основе картины объективной, поскольку больший объем его деятельности будет сведен к взаимодействию с ребенком. Его деятельность будет строиться вокруг ребенка, что отразится на мотивационном репертуаре и на личности [14].

В случае воспитания ребенка с меньшим уровнем по шкале GMFCS вышеописанные феномены будут наблюдаться в меньшей степени, однако это не указывает на отсутствие влияния как такового. Основным первоисточником для преобразований в психике родителя здесь станут не столько явления в рамках объективной реальности, сколько происходящее в реальности субъективной. Основным материалом для осмысления и опосредования станут культуральные стереотипы, реакции ближайшего значимого окружения.

Также важную роль будут играть индивидуально значимые внутриспсихические конфликты. При наличии таковых ребенок будет вовлечен в их структуру в соответствии с принципом проекции, так как ребенку является подходящим объектом для разворачивания процессов проекции, переноса, будь то перенос объектный или дообъектный (нарциссический) [13].

Также в рамках описания факторов, потенциально способных к влиянию на трансформацию психики родителя путем взаимодействия с ребенком, следует упомянуть такое понятие как “архетип инвалида”.

Данное понятие было описано в работе такого автора как А. Гуггенбюль-Крейг. Автор рассматривает взаимоотношения родителя и ребенка с точки зрения аналитической психологии и вводит в рамках вышеупомянутый

архетип инвалида. Архетип инвалида является нередким мифическим сценарием, который имеет собственные персонификации (такие как Гефест или же Ахиллес). Человек, который проживает свою жизнь закладывая этот архетип в её основу, крайне утомителен и тяжел для взаимодействия – ведь данный архетип строится на идее о хронической собственной неполноценности, которая не может иметь конца. Однако, и здесь можно извлекать выгоду из данного состояния. Данный архетип культивирует в человеке скромность и избавляет его от замыкания в фантазиях о собственном здоровье. Человек имеет более плотный контакт с собственной смертью и как следствие данная тема является менее травматичной для него. Пребывание в данном архетипе также усиливает крепость связи с близкими, поскольку осознание собственных недостатков вынуждает усиливать связи с теми, кто может сгладить их влияние на жизнь. И именно это может стать точкой, в которой зарождается формирование патологических отношений между родителем и ребенком. Повышенная привязанность может сформировать патологические отношения, в которых сепарация невозможно как в физическом, так и в психологическом плане. Ребенок остается слитым с родителем, что открывает для родителя возможность извлекать вторичную выгоду из данной ситуации [7].

Отношения родителя и ребенка начинают развиваться в присутствии комплекса, образованного данным архетипом. Ситуация, в которой ребенок становится более привязанным, стремится поддержать отношения и зависит от родителя - также потенциально способна фасилитировать включение ребенка в рамки цепочек каких-либо психических процессов, связанных с травмой родителя, если таковые имеются [5].

Архетип инвалида является точкой травмы в рамках детско-родительских отношений, невозможно разрешить комплекс, возникший на его основе, путем репрессии и фантазий о компенсации, преследованием идей о

совершенствовании и преодолении. Только через осознание и интеграцию можно начать действительно адекватную адаптацию к этому состоянию [7].

Таким образом, становится понятно, что психологические особенности родителей воспитывающих детей с ДЦП являются продуктом множества факторов, как обусловленных объективной реальностью, так и проистекающих из социокультурной среды, в которой находится индивид.

Однако, для понимания и прогнозирования процессов формирования мотивации комплаенса мало вышеприведенной информации. Важно рассмотреть, что является мотивацией, какие психические феномены влияют на неё и обуславливают её.

1.2 Понятие мотивации и комплаенса

Такая категория как мотивация в рамках современного психологического знания является достаточно проработанной и хорошо описанной, в особенности в рамках деятельностного подхода, основы которого были в свое время заложены Л.С. Выготским и были развиты целой плеядой авторов, среди которых, в рамках данного исследования, стоит отдельно выделить А.Н. Леонтьева. Данным ученым была детально проработана категория мотивации, предложена модель онтогенеза личности, сознания и деятельности [14].

А.Н. Леонтьев предложил достаточно емкое и при этом простое понимание такого термина как “мотив”. Однако, для понимания трактовки этого понятия данным автором требуется чуть более детальное ознакомление с его идеями о формировании психического аппарата человека.

В целом, можно заметить, что А.Н. Леонтьев трактует понятие мотив в тесной связке с понятием потребности. Потребность и мотив являют собой прочную диаду в рамках теоретических построений данного автора. Потребность для него – суть что-то в чем человек нуждается, потребность в

чем-то. При этом потребность всегда является чем-то психически опосредованным. Таким образом, можно говорить, что Леонтьев видит данное явление корнями в физическом, нежели в психологическом. Сама такая трактовка дает понять, что автор видит потребность как нечто внешнее, не принадлежащее психике. При этом психическое опосредование дает отражение явления. И рассматривается оно с двух позиций. С одной стороны, предметы, связанные с потребностью, являют собой своеобразный сигнал. С другой же сигналом служат и сами потребностные состояния. Это можно трактовать как тот факт, что сознание может столкнуться с потребностью как находя внешний предмет, ассоциированный с потребностью тем, что он способен её удовлетворить, так и то, что внутренние переживания, в простейшем случае исходящие из-за интероцепции, могут приводить к соприкосновению с потребностным состоянием. Однако, всё это с точки зрения А.Н. Леонтьева не является ключевым значением для рассмотрения понятия потребности в рамках психологии. Важнейшим моментом с точки зрения данного теоретика деятельностного подхода является то, что психическое отражение содержит в себе с предметом. Связь это подвижна и может видоизменяться, обладает пластичностью. И именно эта связь является наиболее важным моментом, отражающим переход потребностных процессов из внешних процессов в процессы внутренние, психические [14].

Далее А.Н. Леонтьев более подробно останавливается на анализе связи предмета и потребности. Связь эта примечательна тем, что она не является врожденной, не является жестко фиксированной и способна преобразовываться. Данная связь, для каждой потребности рано или поздно формируется с предметами способными удовлетворить её. И именно в этот момент формируется мотив. Предмет связавшийся с потребностью превращается в свой психический эквивалент. Этот психический эквивалент обрastaет функционалом: направление деятельности и побуждение. Именно он, вкупе с выделенными выше двумя функциями является мотивом [14].

Вышесказанное, однако, не являет собой замкнутую в себе конструкцию. Именно в диаде “Потребность - мотив” автор видит путь к развитию психического аппарата человека, путь к развитию личности. А.Н. Леонтьевым очень подробно критикуются концепции, завязанные на том, что одной из основных движущих сил в рамках психики человека является стремлению к удовольствию. Он говорит о том, что “как и всякая большая ложь, концепции эти опираются на фальсифицируемую ими правду” [14, 145 с.]. И говорит о том, что реальной движущей силой развития он видит деятельность, что развивает концепцию такого ученого как С.Л. Рубинштейн [18].

Деятельность в рамках похода данного автора являет собой крайне важный для онтогенеза процесс, именно в ходе осуществления деятельности, по А.Н. Леонтьеву, осуществляется формирование и развитие личности. При этом она плотно завязана как на вышеупомянутой диаде “потребность - мотив”, так и на новом элементе, напрямую связанным с этими понятиями. Данный элемент здесь – цель. Здесь следует исходно разграничить данное понятие от категории мотива. Мотив, зачастую, с целью не совпадает, а если и совпадает, то процесс этот А.Н. Леонтьевым характеризуется как вторичный. Вторичный вследствие того, что цель самостоятельно приобрела побудительную функцию или же результат осознания мотива, что переводит его в категорию цели. Основное отличие мотива от цели касательно осознанности заключается в том, что мотив в актуальном состоянии не осознается. Он подвластен произвольному попаданию в сознание, при анализе собственной мотивации, но этот процесс не гарантирует осознания индивидом его истинных мотивов. При этом нельзя сказать, что мотивы отделены от сознания. В момент, когда мотив остается бессознательным, когда человек не отдает себе отчета в том, что побуждает его выполнять ту или иную деятельность можно увидеть следовые отражения в рамках психических процессов. Эти следы мотива – эмоциональный фон которым окрашена

деятельность. Она имеет множество параметров, таких как интенсивность, субъективная оценка знака эмоций, качественная их характеристика. Все эти параметры несут важный функциональный груз, который и играет побудительную роль. Леонтьев также говорит, что эмоции здесь важно дифференцировать от личностного смысла. Они далеко не всегда совпадают и достаточно сильно различаются. Эмоции прежде всего играют побудительную роль, пока смысловой компонент будет более ассоциирован с направлением деятельности. При этом, как утверждает автор, чаще всего несоответствие эмоций и смысла будет рождаться тогда, когда деятельность будет подпитана несколькими мотивами, то есть деятельность будет полимотивированной. Один мотив будет выполнять функцию побуждения, в то время как другой будет направлять деятельность, придавая ей индивидуально значимый личностный смысл [14].

Таким образом, Леонтьев проводит черту, по которой разделяет все мотивы человека на две большие группы: мотивы-стимулы и смыслообразующие мотивы. При этом он отмечает, что данные категории все равно иерархичны. Ссылаясь на свои наблюдения, он выделяет следующий феномен: в ходе деятельности имеющей большое индивидуально-личностное значения человек сталкивается с стимуляцией негативного толка, которая соответственно вызывают сильную эмоциональную реакцию неприятного характера для индивида, но индивид не заканчивает эту деятельность, а наоборот, адаптируется к ситуации, нередко девальвируя ценность этой эмоции или попросту отказываясь признавать её. То есть категория смыслообразующих мотивов выделяется А.Н. Леонтьевым как основная, именно она задает направление деятельности. Девальвирует ли вышесказанное ценность эмоционально значимых мотивов? Нет, скорее можно говорить о том, что они более пластичны и подвижны. В конце концов, побудительная функция – это именно то, что призвано запустить деятельность, в рамках данной теории его можно рассматривать как некое метафорическое

топливо для процесса деятельности. Однако, если рассматривать всю констелляцию мотивов в рамках отдельно взятого вида деятельности, можно предположить, что смыслообразующие мотивы будут ядерным компонентом, откуда мотивы-стимулы будут иметь скорее роль сателлита [14].

При этом нельзя сказать, что вопрос иерархичности мотивов на этом заканчивается. Один и тот же мотив может быть в рамках одного вида деятельности смыслообразующим, а в рамках другого уже быть дополнительным стимулом. Однако и здесь всё так же будет прослеживаться вышеописанная иерархичность. Леонтьев при этом отрицает идеи Маслоу, он говорит о том, что мотивы далеко не всегда будут завязаны на витальности. [14].

Далее, важным компонентом понимания процессов протекания деятельности является осознанность мотивов. И здесь, как утверждает Леонтьев, неосознаваемость актуальных мотивов не говорит о существовании каких-либо “особых начал”. Как пишет автор, важно помнить об одном: неосознаваемая мотивация, точно так же, как и любое другое психологическое явление имеет свои корни в среде, в физической реальности, которая порождает психические отражения. Сознательное и неосознаваемое не формируют между собой никакого противодействия и не могут, поскольку это всего лишь различные виды психического отражения. Важным также является то, что в рамках иерархических отношений между мотивами Леонтьев отдельно подчеркивает момент связи с потребностями. Заключается он в том, что никакой иерархии характер потребности, связанной с мотивом, в себе не несет. Биологическая потребность ли связуется с мотивом или же чисто социальная – это не будет оказывать никакого влияние на соотношение данного мотива с другими [14].

Таким образом, мы видим, что мотивация в рамках деятельностного подхода предстает перед нами в виде дуалистичного по своей природе психического конструкта, порождаемого в тот момент, когда потребность

человека формирует связь с предметом из внешней реальности. Анализируя данную концепцию можно уверенно говорить о том, что в её рамках процесс формирования мотивов является ключевым для формирования личности. Сдвиг мотива на цель – процесс, в ходе которого деятельность, подчиненная какой-то определенной цели, приобретает дополнительную мотивацию, которая дает дополнительные смыслы и побуждает к продолжению данной деятельности. При этом стоит помнить, что сам по себе мотив не является продуктом окончательным, неизменным. Он способен к преобразованию под влиянием различных факторов и является динамическим психическим конструктом [14].

Говоря о мотивации имеет смысл обратиться также и к психодинамическому подходу. Данный подход к изучению психики человека имеет обширную методологическую базу.

Однако, работая с теориями в рамках данной парадигмы следует помнить о том, что терминология ученых зачастую подвержена многозначности и отличается от общепринятой.

В то время, как в рамках того же деятельностного подхода говоря о мотивации мы рассматривали такие понятия как “мотив” и “потребность”, то в рамках психодинамического подхода нас будут интересовать в первую очередь такой термин как “драйв” (или же влечение).

Для понимания того, что являет собой драйв, каковы его функции и положение относительно других психических процессов следует обратиться к психоаналитической модели психики, которая является результатом синтеза топографической и структурной психических моделей З. Фрейда.

Топографическая модель строилась вокруг идеи о том, что любое достояние психической реальности человека может быть погружено в три области – бессознательное, предсознательное и сознательное.

Бессознательное представляет собой такую область психической реальности, содержимое которой недоступно для осознания. Человек не может

взаимодействовать с этой информацией осознанно, планировать что-либо основываясь на бессознательных аспектах своего психического аппарата, взаимодействовать с этим произвольно. Однако, различные проявления бессознательного можно отследить через анализ поведения, сновидений, фантазий [15;20].

Предсознательное являет собой также несознаваемые, недоступные в данный момент для психики образы. Однако, основное отличие данной области психики от бессознательного заключается в том, что находящееся в предсознательном может свободно переходить в сознательное. Образы, хранящиеся в предсознательном, не являются актуальными, но при необходимости становятся таковыми. Именно этот их параметр и определяет, являются ли они собой неосознаваемое или же осознаваемое. По сути, предсознательное представляется эквивалентом понятия память [15;20].

Сознательное же представляет собой такую область психического, которая содержит актуальные, находящиеся в фокусе внимания образы, мысли, чувства. Человек произвольно оперирует ими по своему желанию, они доступны для его когний. Фрейд полагал, что подавляющая масса исследований психологов строились лишь вокруг этой области психики, которую он сам считал лишь малой частью психического аппарата человека, отводя основной массив психических явлений к сфере бессознательного [15;20].

Однако, это не единственный подход к разметке психического аппарата Фрейдом, второй был назван структурной моделью и представлял из себя теорию о том, что психика человека состоит из трех структур: Id (Оно), Ego (Я) и Super-Ego (Сверх-Я). [15;20;21].

В рамках данной модели Id (Оно) представляет собой структуру изначальную, животную, содержащую в себе инстинкты, влечения или как их еще называют - драйвы. Фрейд предполагал, что данная структура является врожденной, две же остальные формируются прижизненно, на основе опыта

взаимодействия с значимыми другими и окружающей реальностью. Условно они подразделяются на две большие группы, связанные тем, что одни являются частью Эроса – влечения к жизни, созидательного начала, связанного с созиданием, продолжением жизни, сексуальностью. Вторая же группа принадлежит к сфере Танатоса. Танатические влечения связаны в широком смысле со смертью, с разрушением и агрессией. Относительно топографии психики – вся данная структура погружена в бессознательное. Человек не осознает содержимое своего Id (Оно), как правило. Когда же содержимое данной структуры осознается – это значит, что влечение перешло в Ego (Я) [15;20].

Ego (Я) является структурой формируемой прижизненно, являет собой такую структуру, которая имеет множественный функционал [15;19].

Именно Ego (Я) является точкой соприкосновения психики с окружающей реальностью. Оно устанавливает связи между влечениями и конгруэнтными им объектами в окружающей реальности, что позволяет разрешить влечение, удовлетворить потребность за ним стоящую. Также, Ego (Я) содержит в себе некоторые инстинкты, которые влияют на самосохранение, направлены на его достижение и поддержание. Важно понимать, что влечения Id (Оно), в особенности эротические, и инстинкты Ego (Я) с феноменологической точки зрения достаточно схожие явления, однако не являющиеся друг другу тождественными. Также, в функционал Ego (Я) входит снижение психического напряжения, которое вызывается либо внутриспсихическими сценариями, такими как конфликт Super-Ego (Сверх-Я), столкновение с потенциально опасными объектами, ситуации, в которых вытесненно в Id (Оно) содержимое психики может прорваться в Ego (Я). Ego (Я) является своего рода клапаном для стравливания давления, оно способно ощутимо снизить уровень тревожности до той степени, которая позволяет психическому аппарату адекватно функционировать. Также, Ego является хранилищем опыта, знаний об окружающем мире и о себе [15;21].

Формирование Ego начинается еще в детстве, на оральной стадии психосексуального развития. Психика ребенка сталкивается с влечениями Id, которые, оставаясь неудовлетворенными, с течением времени аккумулируют вокруг себя психическую энергию. Катектируя психическую энергию влечение создает психический дискомфорт, напряжение. Ребенок на оральной стадии еще не имеет никаких способов самостоятельного обслуживания собственных желаний, не имеет никаких способов взаимодействия с психической энергией, катектирующей его влечения. Ребенку, однако, в этом возрасте доступен крик, который позволяет с одной стороны снизить психическое напряжение, а с другой стороны привлечь мать, которая в состоянии реализовать потребности своего ребенка и таким путем снизить уровень фрустрации. Всё это становится прообразом Ego (Я), поскольку именно эта ситуация является первым опытом поиска внешнего объекта, установления связи между ним и потребностью, которую он способен удовлетворить, что является одной из функций Ego (Я). Помимо вышеупомянутого, эпизод такого рода является опытом снижения тревоги, психического напряжения, одной из самых первых форм функции Ego (Я) такого рода [15;20;21].

Относительно топографии психики – Ego (Я) имеет свои репрезентации внутри всех трёх областей психики. В сознательном будет находиться та часть, которая взаимодействует с окружающей реальностью, в предсознательное будет погружена информация, находящаяся в памяти, но не нуждающаяся в данный момент в том, чтобы быть актуальной, а в бессознательном будут находиться инстинкты Ego (Я) и психические защитные механизмы [21].

Super-Ego (Сверх-Я) является структурой формируемой значительно позднее, его формирование происходит на при опоре на Ego (Я), а точнее на его конкретный защитный механизм – интроекцию. В возрасте начиная где-то с двух лет, в момент вступления ребенком в анальную стадию

психосексуального развития начинаются процессы, связанные с формированием данной психической структуры [15].

Как было указано выше – центральную роль в формировании Super-Ego играет процесс интроекции. В ходе удовлетворения ребенком влечений Id его Ego находит внешний объект, который способен послужить источником удовлетворения потребности. Таким образом происходит снижение напряжения, вызванного аккумулярованным вокруг влечения катексисом. Однако, поскольку ребенок живёт не только в физическом мире, но и в социальном не все его влечения могут быть удовлетворены прямым путём. Некоторые желания обществом порицаются, табуируются и выносятся за пределы культурального дискурса. Таким образом, некоторые формы поведения попадают под запрет и становятся нежелательными для проявления. Родители табуируют различные формы поведения ребенка, приучая его к тому, что проявления, например, агрессии и сексуальности не являются желательными поведенческими актами. Запреты как таковые не являются психическим достоянием ребенка, они не ощущаются как что-то собственное, необходимое. При этом необходимость принять их как собственные (интроецировать) все равно возникает, поскольку ребёнок крайне привязан к родителю первые годы своей жизни и родитель является крайне значимой фигурой для ребенка [3;21].

Ребенок до шести лет имеет достаточно выраженную потребность в непрерывной связи с собственным родителем. Связь эта настолько выражена и прочна, что ребенок в её рамках получает доступ к психическим содержаниям матери. Взаимодействуя с ними, он бессознательно стремится к поддержанию этой связи, реагирует на изменения в состоянии матери [3;5].

. Также, стоит упомянуть о том, что в некоторых ситуациях, ребенку отказ от правил сулит не столько депривацией связи с родителем, сколько физическим наказанием. Оба сценария являются нежелательными и обходятся путём интроецирования предлагаемых правил [15;20;21].

Именно эти интроекты и становятся Super-Ego (Сверх-Я). Данная структура играет роль цензора, который оттормаживает влечения Id (Оно). Запрещает их реализацию вообще или же в рамках взаимодействия с определенными объектами. Super-Ego (Сверх-Я) расположено во всех трёх областях, некоторые запреты могут быть связаны с настолько травматичными ситуациями, что вся констелляция будет целиком вытеснена. Большая часть запретов же находится в предсознательном, а в сознании находится лишь то, что напрямую связано с актуальными потребностями и действиями Ego (Я). В тот момент, когда импульс Id (Оно) аккумулирует достаточный для побуждения Ego (Я) к действию катексис в рамках Super-Ego (Сверх-Я) происходит своего рода проверка. Если импульс не противоречит интроецированным нормам поведения – он свободно реализуется. В противном случае импульс актуализируется и становится достоянием сознания, опускаясь в Ego (Я) [15].

И в этот момент открывается многогранность мотивационной модели в рамках психодинамической модели, поскольку именно в момент столкновения внутрипсихических сил формируется своеобразная неопределенность.

Неопределенность заключается в том, что человек не может разрешить напряжение, связанное с неудовлетворенным влечением с одной стороны, а с другой на него давит интроект. Силы Super-Ego (Сверх-Я) загоняют человека в ловушку и обрекают на коллапс психического аппарата, вызванный резким возрастанием уровня напряжения и связанной с ним тревоги. Эта ситуация отсекает единственный очевидный путь снятия напряжения. В такой ситуации в действие вступают защитные механизмы Ego (Я), которые искажают реальность, искажают её психическую версию. Человек обесценивает происходящее, испытывает прямо противоположные изначальным чувства к объекту, связанному с влечением, вытесняет всю ситуацию в бессознательное или же переключает внимание на другую деятельность. Всё это является иллюстрацией работы различных защитных механизмов, важным в рамках

данной работы является не столько конкретное действие, сколько сам факт того, что изначальное желание искажается и приводит к уже другому действию. При этом важно понимать, что защиты редко функционируют в одиночестве. На основании работ Н. МакВильямс можно сделать вывод о том, что любая личностная организация содержит в своей основе устойчивый паттерн из защитных механизмов, которые будут изменяться в зависимости от уровня функционирования личности и типа конкретной акцентуации [17].

На основании вышесказанного можно сделать вывод о том, что психодинамическая модель видит мотивационный компонент высшей психической деятельности как глубоко завязанную на предыдущем жизненном опыте. Личностная структура, которая формировалась на протяжении ранних периодов развития будет оказывать влияние на мотивацию пожизненное влияние. Сам мотив же будет представлять собой достаточно сложное образование, поскольку категория мотива практически не описана в рамках теорий различных психоаналитиков. Феноменологически мотив будет погружен в категории драйвов или же влечений, а также интроектов наполняющих Super-Ego. Если проецировать идеи Леонтьева на данную теорию, то в рамки понятия “мотив” из его теории можно вписывать не столько понятие, сколько эпизод взаимодействия Еgo с окружающим миром. Именно в рамках такого эпизода образуется связь между объектом и драйвом, что достаточно близко к пониманию понятия мотива Леонтьевым.

Далее мы переходим к рассмотрению понятия комплаенс.

Само по себе понятие комплаенс является латинизмом и имеет близкое к изначальному английскому слову (compliance – податливость, согласие) значение. В рамках медицинской психологии комплаенс трактуется более узким образом, а именно как принятие инструкций врача, его назначений, добровольное подчинение выданным инструкциям, следование им. Таким образом, комплаенс является крайне важным аспектом проведения любых лечебных и реабилитационных. Можно сказать, что семантически данное

понятие достаточно близко к “согласию”, но охватывает больше аспектов, связанных с взаимодействием врача и пациента [27;29].

Данная характеристика особенно важна в рамках ресурсоемких, длительных процессов, в рамках которых завязано множество специалистов. Важность комплаенса в рамках такого взаимодействия можно как чисто экономической стороной, ведь процесс такого рода требует вовлечения квалифицированных специалистов, расходует время приема и не приводит к намеченному результату. Можно обосновать и чисто гуманистической стороной, поскольку оставление пациента в состоянии, в котором он слабо комплаентен лечению будет вести к тому, что его состояние не улучшается или даже ухудшается [27].

Всё вышесказанное проецируется и на реабилитационный процесс детей с ДЦП. Однако, здесь будет отслеживаться и своя специфика. Связана она в первую очередь с тем, что важность комплаенса ребенка переходит на вторую роль в связи с тем, что решающую роль в протекании большинства процессов будет играть представляющий его родитель. Родитель влияет на множество аспектов проведения любой терапии или реабилитации, мы можем в рамках таких процессов наблюдать как помощь врачам в ходе проведения процедур путем оказания психоэмоциональной поддержки ребенку, так и саботаж, осуществляемый путем аффективного растормаживания родителем.

Соотнося данную ситуацию с биопсихосоциальной моделью оказания медицинской помощи, мы возвращаемся к тому, что наиболее эффективная модель осуществления любых интервенций будет комплексной. Из этого вытекает необходимость как анализа комплаенса, его диагностика, так и связанные с этим вопросы психологической коррекции неоптимальных для осуществления лечения или реабилитации психологических состояний.

Для адекватной диагностики и коррекции важно также проследить связь между комплаенсом и детерминирующими его психическими особенностями. Системный анализ любого феномена строится на анализе как самого явления,

так и на анализе явлений, связанных с ним. Только целостный анализ элементов и связей между ними позволяет выявить зависимости, взаимное влияние частей системы и их иерархию. Соответственно, путём такого анализа мы понимаем, как устроена отдельно взятая система, какими путями её можно корректировать и к чему потенциально может привести та или иная интервенция.

Соответственно, важно рассмотреть связь комплаенса с мотивационным компонентом психики. Как уже было упомянуто выше - комплаенс включает в себя как отношение, так и поведение. Внутрипсихическая картина формируется на основе мотивационного компонента личности. Данная связка достаточно хорошо может быть описана в рамках деятельностного подхода, ведь как было указано выше – мотив может иметь как побуждающую, так и смыслообразующую сторону осуществления деятельности.

При этом крайне важно понимать, что процесс формирования комплаенса обусловлен не только мотивационно-потребностной сферой, но и устоявшимися личностными чертами, которые также оказывают влияние на процесс формирования комплаенса.

Всё вышеописанное подводит нас к необходимости проведения эмпирического исследования с целью анализа особенностей личности связанных с процессом формирования комплаенса, с мотивами и потребностями, стоящими за ним. На основе вышерассмотренной информации мы приходим к следующему выводу: потребностно-мотивационная сфера и личностные особенности будут предопределять отношение человека к процессу лечению и его действия. Именно потребности, мотивы и индивидуально-личностные особенности предопределяют степень комплаентности больного.

В рамках данной работы первичный интерес представляют особенности процесса формирования мотивов, которые будут стоять за комплаенсом. Особенно важно выявить, будут ли наблюдаться какие-то специфические

особенности у группы родителей, которые воспитывают детей с ДЦП. Поскольку процесс воспитания такого ребенка является длительной системой отношений, в рамках которой родителю приходится находиться либо значительный промежуток своей жизни, либо же до её конца, можно предположить, что это создаст специфические отражения в психике воспитывающего такого ребенка родителя. Ситуация данного рода будет координально отличаться от общекультурной нормы детско-родительских отношений. Опыт воспитания такого ребенка может порождать невротические переживания, связанные с его диагнозом. В особенности, если человек конституционально предрасположен к психическим расстройствам личностного и невротического спектра. Всё это может привести к перестройке мотивационной сферы человека, формированию новых потребностей.

Потенциально это может отразиться как в изменении характера связи с детерминирующим уровнем комплаенса фактором, так и в перемене детерминирующих факторов.

1.3 Дифференциальный анализ теорий и соотношение нормы с патологией

Как психодинамический подход, так и деятельностный имеют сходные и отличные моменты. Деятельностный подход предлагает достаточно разработанную систему терминологии. Введенные авторами понятия получают краткие и емкие определения, что образует целостную картину представлений о психике в рамках отечественной школы психологии. Леонтьев достаточно жестко критикует идеи психодинамической школы, связанные с иерархичностью бессознательного и сознательного. В его теории не имеет значения, осознается мотив или же нет, единственная иерархия в рамках деятельностного подхода – это разделение на смыслообразующие и побуждающие мотивы. При этом иерархия данная скорее горизонтальная,

нежели вертикальная, поскольку никакого “приоритета” одна группа над другой иметь не будет. И более того, мотив может нести в себе обе функции. В рамках одного вида деятельности он будет побуждающим, в рамках другой же смыслообразующим. При этом мотивы являют собой достаточно большой пласт в рамках онтогенетического развития личности человека. Процесс сдвига мотива на цели, расширение мотивационной сферы и активная деятельность – являются ведущими силами, формирующими личность. И здесь логичным кажется вопрос о соотношении “мотив - личность” в рамках онтогенеза, однако данный вопрос самим Леонтьевым опускается и вводится тезис о том, что ведущую роль в рамках изучения психики человека, даже если мы исследуем личность или мотивацию, стоит отвести изучению деятельности человека [14].

Теория Фрейда также предлагает цельную модель психического и детально проработанную понятийную модель, однако мы видим, что подход к построению терминологии и категориального аппарата принципиально отличается. Покуда Леонтьев опирается на марксизм и культурно-историческую теорию Выготского, Фрейд больше работает с феноменологией в рамках собственных эмпирических исследований, ориентируясь не столько на расширение уже существующих пластов знаний, сколько на построение новой единой модели психики. На основании этого и терминологию можно охарактеризовать как стремящуюся описать наблюдаемое явление как можно более целостно, передать различные стороны опыта его наблюдения, нежели предоставить краткое и емкое определение. Важным аспектом психоаналитической теории является идея о том, что бессознательное являет собой не только не меньшее, но и гораздо большее значение для психики по сравнению с сознательным. Влечения Id (Оно) предстают как феномен способный аккумулировать вокруг себя психическую энергию и за счет формирования катексиса таким образом они начинают играть всё большую роль в рамках функционирования психического аппарата, до тех пор, пока они

не будут удовлетворены. Процесс формирования личности же и соотношение “личность - драйв” здесь выглядит достаточно иерархичным, в отличие от теории Леонтьева. Психодинамическая теория предлагает четкую модель, из которой следует, что драйвы первичны, но не они формируют личность. Личность формирует опыт взаимодействия Ego (Я) с драйвами и окружающей реальностью. Именно за счёт этого Ego (Я) расширяется и растёт, что является ключевым аспектом в развитии личности [15;19].

На основании вышеописанного можно сделать достаточно четкие выводы о том, что личность будет иметь достаточно большое влияние на то, какая мотивация будет у человека, какие виды деятельности он будет осуществлять и как он будет к ним относиться. Индивидуальная система смыслов, отношение к собственным потребностям будет глубоко различными в зависимости от того, как протекал онтогенез человека. Это прослеживается как в идеях Леонтьева о том, что на развитие человека влияет то, какими видами деятельности он занимается, так и в идеях Фрейда, связанных с опытом взаимодействия со значимыми людьми в раннем детском возрасте и опытом взаимодействия с окружающей реальностью.

Становится понятно, что любое исследование мотивации невозможно без опоры на исследование личности, поскольку рассмотрение личностных особенностей, индивидуальных и устоявшихся черт даст гораздо более глубокое понимание того, что движет человеком, на основании чего он принимает те или иные решения, а также какие смыслы вкладывает в свои выборы и решения. Однако, на основании вышеуказанной информации становится понятно, что на мотивацию будут влиять и более сиюминутные факторы, связанные с тем, какие потребности в данный момент наиболее актуализированы. Таким образом, мы приходим к выводу, что мотивационная сфера в рамках любого исследования для получения наиболее полной картины требует не только исследования актуальных потребностей, но и исследования личности.

Однако, здесь следует обратить внимание на соотношение нормы и патологии. Очевидно, что некоторые психические функции при патологизации структуры личности будут либо атрофированы, либо гипертрофированы. Для более детального рассмотрения этого следует обратиться к трудам Б. В. Зейгарник и Б.С. Братуся. Данный авторы пишут о том, что на уровне клинических наблюдений мы можем увидеть самые разные проявления поражения личности. Личностная патология может показывать такие признаки как изменение аффективной сферы, изменение мотивационного компонента психического аппарата, через извращение отношения к себе и к другим (здесь автор говорит о том, что подразумеваются нарушения критичности и контроля), также можно наблюдать изменения уровня активности (аспонтанность) [10].

Всё это подводит нас к тому, что исследования личностной сферы в рамках отечественной психологической школы видятся крайне сложным и многогранным процессом, поскольку изменения в личности в той или иной мере оказывают влияние на протекание всех высших психических функций. Не стоит забывать и о том, что изменения личности могут быть вызваны различными болезнями, помимо психологических и социальных факторов. И в такой ситуации мы также будем видеть специфические изменения, характерные для определенной группы болезней или какой-то конкретной патологии. Так, Б.В. Зейгарник говорит о том, что при ситуациях опосредованного исследования личности, через исследование познавательных процессов можно обнаружить данные изменения (а такой подход вполне жизнеспособен, основываясь на вышеописанном и её доводах относительно того, что когниции не могут существовать в отрыве от личности). Как иллюстрация данной информации хорошо подходят описанные ею и Б.С. Братусем характерные преобразования такого рода. У шизофреников можно обнаружить “разноплановость мышления”, “аффективную выхолощенность” и “соскальзывание”, что рисует конкретную симптомо-синдромальную

картину. Аналогичную картину, с поправкой на специфику формируемого дефекта можно будет наблюдать и у других больных. Так, если шизофреники аффективно сглажены и их мотивация к выполнению задания не изменяется под влиянием эмоционального компонента, то психопаты демонстрируют прямо противоположную картину, активно эмоционируя в ситуациях неуспеха и даже отказываясь продолжать деятельность, будучи не в состоянии компенсировать аффективное состояние волевым усилием [9].

Важно также дополнить вышесказанное тем, что Б.В. Зейгарник уже в рамках патопсихологических исследований существенно обогатила концепцию Леонтьева путем изучения патологических процессов в рамках потребностно-мотивационной сферы [9].

Зейгарник рассматривает пример нарушений личностной сферы на примере клинических случаев и отмечает, что при рассмотрении анамнеза мы столкнемся с двумя вопросами. Первый вопрос связан с тем, что у больного наблюдается формирование патологически измененной потребности, второй же будет строиться вокруг нарушения иерархии мотивов [9].

На примере потребности в употреблении алкоголя можно рассмотреть данную цепочку. Само по себе употребление алкоголя не является естественной потребностью человека. Соответственно, по началу его употребление будет опосредовано другими мотивами, связанными с осуществлением какой-либо деятельности (как правило, это будет участие в социальных мероприятиях). Со временем может возникнуть желание снова испытать состояние опьянения, то есть возникает новая потребность. Произойдет перестройка данного вида деятельности. Человек будет уже не столько употреблять алкоголь для участия в социальных мероприятиях, сколько участвовать в социальных мероприятиях для употребления алкоголя. Причина сдвигается на новообразовавшуюся потребность, в то время как старая причина становится предлогом [4].

Из данного примера видно, что механизм формирования патологической потребности идёт по тому же сценарию, что и в рамках нормы. Однако, будут и специфические отличия. Первым из них предстает тот факт, что патологическая потребность провоцирует деятельность, противоречащую социальным нормам. И именно на основе данной потребности будут разворачиваться процессы патологического распада личности. Потребности таких больных становятся менее опосредованными. Они выглядят не столько как цели, сколько как биологические влечения [4;10].

Подобный анализ трансформации потребностей, связанных с социальной активностью, в потребности патологического характера можно отметить и в других группах больных, таких как нервные анорексики. Основное отличие с предыдущей группой будет здесь заключаться в том, что данная группа имеет нарушение саморефлексии. Образ собственного телесного “Я” будет искаженным, что будет вести к специфическим преобразованиям в рамках поведения. В биографии таких девушек стадия манифестации заболевания приходится на подростковый период развития. Нередко такие девушки имели в анамнезе некоторую полноту (однако Зейгарник отмечает, что это не ожирение). Девушки вследствие этого подвергались как насмешкам в школе связанным с их фигурой, так и некоторому давлению со стороны близких, чья позиция строилась на том, что для женщины очень важно иметь красивую фигуру. Также в биографии отмечается стремление таких девушек быть успешными в учебе, получать одобрение окружающих [9].

Таким образом, изначальный мотив связанный с похудением был непатологическим в своей изначальной ситуации. Девушки стремились получать одобрение, стать лучше, быть хорошими в глазах окружающих. Однако, по мере осуществления данной деятельности эта ситуация начинает противоречить физиологической потребности в питании. И по мере осуществления данной деятельности, с ней происходят трансформации.

Данные действия, несущие угрозу жизни и здоровью, превращаются в смыслообразующий мотив, который становится доминантой, определяющей дальнейшее поведение [9].

Всё это является как иллюстрацией процесса возникновения патологических потребностей, так и является иллюстрацией постулата Леонтьева о том, что человеческие потребности имеют иной характер иерархических взаимоотношений, нежели у животных, поскольку физиологические потребности могут находиться в иерархии ниже, нежели социальные. При этом у больных отмечалось то, что они достаточно охотно участвовали во всех видах деятельности, связанных с продуктами питания [9;14].

В рамках психодинамической модели, при рассмотрении мы также столкнемся с тем, что более патологические личности, функционирующие на пограничном и психотическом уровне, будут демонстрировать более примитивные защитные механизмы как способы совладания с ситуациями, провоцирующими возрастание тревоги [17;19]. Это окажет достаточно сильное влияние на особенности установления контакта человеком как с окружающими людьми, так и с реальностью. Более нарушенные личности будут чаще рвать или патологизировать контакт в рамках потенциально угрожающего контакта. Также, степень акцентуированности того или иного типа личности в человеке также будет демонстрировать специфические дезадаптирующие паттерны поведения. Как иллюстрация можно привести ярко выраженную депрессивную акцентуацию, человек с такой личностной организацией будет неспособен к проявлению агрессии в большинстве форм, а в наиболее ярких случаях в принципе будет неспособен к каким-либо любым формам такого поведения. Такой больной может не говорить врачу о том, что у него возникли какие-либо осложнения на фоне проводимого лечения, поскольку такой акт ощущается им потенциально опасным для установившейся связи с врачом, пациент боится причинить врачу дискомфорт.

Очевидно, что такая форма взаимодействия будет контрпродуктивно и не будет способствовать более эффективному протеканию лечения. Деадаптирующие изменения такого рода будут демонстрировать все акцентуации. Отличаться будет лишь конкретный поведенческий паттерн и стоящие за ними защитные механизмы. Также, как было указано выше, на специфику контакта будет накладываться уровень функционирования психики (невротический, пограничный, психотический). Нельзя рассматривать данные факторы в отдельности друг от друга, поскольку механизм их влияния на психическую продукцию любого характера будет своего рода интерферирующим друг относительно друга.

Выводы по первой главе

Информация, рассмотренная в рамках первой главы, подводит нас к пониманию, того что воспитание ребенка больного детским церебральным параличом является постоянно присутствующим в жизни родителя феноменом. Данный феномен полиморфен в рамках своего содержания и будет оказывать влияние на психику родителя, что потенциально способно влиять на его мотивы и поведение. Далее были рассмотрены отечественная деятельностная теория и психодинамическая теория. Были изучены их теории мотивации и соотношения нормы и патологии в сферах, которые обуславливают мотивацию. Было выяснено, что в рамках данных теоретических парадигм можно наблюдать различия больше семантического характера. При этом на основе их дифференциального анализа можно заметить, что воззрения ученых одной школы могут быть описаны с применением постулатов другой. Соответственно, интеграция данных подходов не только возможна, но и позволит рассмотреть изучаемые феномены более целостно. Это применимо и как к теориям мотивации, так и к представлениям о норме и патологии данных теорий.

Рассмотренное выше подводит нас к необходимости проведения эмпирического исследования, результаты которого позволят рассмотреть аспекты формирования комплаенса, качественный и количественный характер отношения между исследуемыми феноменами.

2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Описание исследуемой группы и методик исследования

Данное исследование, основываясь на всём вышесказанном призвано рассмотреть связь между личностью, потребностями и непосредственно комплаенсом родителей в рамках реабилитационного процесса, поскольку гипотеза данного исследования: уровень комплаенса различен в группе родителей, воспитывающих ребенка без ОВЗ и в группе родителей воспитывающих детей с детским церебральным параличом, что будет обусловлено различиями в рамках потребностной и личностной сферах.

Соответственно, для данных целей была подобрана соответствующая батарея психометрических методик.

Для исследования комплаенса была выбрана методика “Шкала комплаентности Мориски-Грин”. Данная методика используется для выявления недостаточно комплаентных пациентов с целью коррекции их приверженности лечению. Основным достоинством можно выделить то, что данную методику можно применять при любых соматических патологиях, в отличие от аналогичных методик, таких как “Шкала медикаментозного комплаенса”, которая ориентирована исключительно на психиатрический контингент больных. Результат методики позволяет разделить больных на три группы по уровню приверженности, при этом данные обработанные результаты выступают в виде ранжированных цифровых значений, что позволяет использовать методы математической статистики к таким результатам. В результате проведения данной методики получают балльные значения, которые выражают степень комплаентности испытуемого. Далее, на основании баллов испытуемые распределяются по трем группам – группа с неудовлетворительным уровнем комплаентности (2 балла и ниже), группа с пограничным уровнем комплаенса (3 балла) и группа с удовлетворительным

уровнем комплаентности (4 балла), что является уже качественным показателем [23;28].

Для исследования индивидуально-психологических особенностей личностной организации родителей была выбрана “Методика многофакторного исследования личности Кеттела”, модификация 16-PF С. Данная методика успешно используется для исследования личности как за рубежом, так и в России. Методика имеет множество достоинств, среди которых можно выделить высокую стандартизованность, большое количество охватываемых независимых черт личности, а также выходные данные в виде стенов, что позволяет успешно применять методы математической статистики к таким результатам. Недостатком данной методики является то, что она не способна измерить потребностно-мотивационную сферу в любых формах, что сразу же поднимает вопрос о том, чем можно заполнить данный пробел в рамках данного исследования [11;15].

Модификация опросника Кеттела “С” позволяет измерить семнадцать факторов которые описывают личность испытуемого. Данные факторы распределяются на несколько групп, а именно: коммуникативные, интеллектуальные, эмоциональные и регуляторные [11].

Коммуникативная группа включает в себя факторы, закодированные как А, Н, Е, L, N, Q₂. Расшифровываются данные факторы в следующие параметры: общительность, смелость, доминантность, подозрительность, дипломатичность и самостоятельность (здесь и ниже расположены в соответствующем порядке).

Интеллектуальная группа свойств содержит 4 фактора, в шифровке они обозначены как В, М, N, Q₁. Соответственно, данная последовательность обозначает такие факторы как интеллектуальность, мечтательность, дипломатичность и восприимчивость к новому.

Третьей группой выступают эмоциональные свойства, шифруются они как С, F, H, I, O, Q₄. Данная последовательность факторов будет

расшифровываться как эмоциональная устойчивость, беспечность, смелость в социальных контактах, эмоциональная чувствительность, тревожность и напряженность.

Последняя группа это регуляторные свойства – Q_3 и G , которые обозначают самодисциплину и моральную нормативность.

Дополнительно, в рамках модификации “16-PF C” измеряется фактор MD – самооценка [9].

Среди методик, измеряющих мотивационно-потребностную сферу имеется достаточно большой выбор, однако в рамках данной работы выбор был остановлен на “Цветовом тесте Люшера”, выбрана была восьмицветовая модификация данной методики. Данная методика выдает качественные результаты, что не позволяет применить к ней методы математической статистики, однако данная информация все равно может быть проанализирована в рамках групп на предмет наличия характерных тенденций. Основными плюсами при использовании восьмицветового теста М. Люшера можно выделить то, что методика не зависит от культурального подтекста, пола, возраста испытуемого. Также данная методика является проективной и это исключает фактор сознательного или же бессознательного искажения результатов испытуемым, с целью сделать их (результаты) более социально желаемыми. При этом в рамках результатов данной методики мы можем наблюдать как основные потребности человека, его цели и способы их достижения, так и репрессированные, отвергаемые потребности. Всё это делает данную методику крайне информативной [16].

В рамках данной работы наибольший интерес будут представлять такие цветовые пары, как “++” и “--”. Пара “++” кодирует как предпочитаемый способ достижения целей, так и стоящую за этим актуальную потребность, в то время как пара “--” указывает на наиболее репрессированную, отвергаемую потребность, удовлетворение которой потенциально способно угрожать человеку [16].

Для исследования были сформированы две выборочные совокупности: клиническая и контрольная. Обе выборочные совокупности, после отбраковки неправильно заполненных бланков были сведены к объему сорока человек, в каждой.

Клиническая выборочная совокупность была сформирована из родителей обоих полов, которые воспитывают детей с диагностированным детским церебральным параличом, уровень GMFCS – 1 и 2.

Контрольная выборочная совокупность была сформирована из родителей, чьи дети не имеют каких-либо диагнозов, которые служат для причисления их к группе детей с ограниченными возможностями здоровья.

2.2 Обработка результатов обследования по методике исследования комплаенса Мориски-Грин

Первоочередно, для более детального понимания дальнейших результатов следует обратиться к результатам теста Мориски-Грин и посмотреть, как распределяются значения по группам с различным уровнем комплаентности. Это поможет рассмотреть потребностную сферу в рамках данных групп и оценить, насколько отличаются актуальные и подавляемые потребности у родителей с различным уровнем комплаентности. Были получены следующие результаты (см. приложение 1 и 4).

Первоочередно, полученные распределения были проверены на соответствие нормальному. Для этого использовался критерий соответствия Лиллиефорса. Критерий Лиллиефорса был выбран для проверки данного числового ряда в связи с тем, что данный критерий является модификацией критерия Колмогорова-Смирнова и хорошо показывает себя на выборках от 30 значений и выше (в рамках исследуемой выборочной совокупности – 40 значений) [7].

Критерий Лиллиефорса показал следующее: $P < 0,01$ для каждого распределения. Это указывает на несоответствие обоих распределений нормальному. Данная информация означает, что данные, полученные при анализе данной информации, не представляется возможным экстраполировать на генеральную совокупность.

Также полученные данные были разбиты по группам в соответствии с предложенными авторами методики критериями:

- Группа с неудовлетворительным уровнем комплаенса – от нуля до двух баллов;
- Группа с пограничным уровнем комплаенса – три балла;
- Группа с удовлетворительным уровнем комплаенса – четыре балла.

Значения распределились следующим образом (см. ниже Рисунок 1 и Рисунок 2).



Рисунок 1 - Распределение результатов теста Мориски-Грин по группам комплаентности для клинической выборочной совокупности

Мы наблюдаем, разительно отличающееся распределение данных по группам, для контрольной выборочной совокупности 57% всех родителей попали в группу с неудовлетворительным уровнем комплаенса, в то время как

для клинической выборочной совокупности 48% родителей пришлось на группу с пограничным уровнем комплаенса.

Однако, для проверки достоверности статистических различий был применен U-критерий Манна-Уитни. При сравнении двух независимых выборочных совокупностей с помощью программного обеспечения STATISTICA, данным критерием был получен результат $p < 0,05$ ($p = 0,015$). Это позволяет сделать вывод о том, что выборочные совокупности демонстрируют статистически значимые различия [8;26].



Рисунок 2 – Распределение результатов теста Мориски-Грин по группам комплаентности для контрольной выборочной совокупности

Данные результаты могут быть связаны непосредственно с ситуацией воспитания ребенка с детским церебральным параличом. Родитель формирует специфические когнитивные образования, направленные на адаптацию к данной ситуации. Именно эти стойкие образования, по сути являющиеся личностными преобразованиями и способны обусловить такие результаты.

2.3. Обработка результатов обследования по методике восьмицветового теста Люшера

Далее, в рамках обработки информации в данном исследовании, мы обратим внимание на результаты теста Люшера,

В ходе проведения исследования в рамках клинической выборочной совокупности были получены результаты, которые описываются в таблице 3 (см. приложение). Для анализа данной информации было принято решение измерить абсолютную частоту встречаемости значений таких пар как “++” и “--”. Абсолютная частота свидетельствует о том, как часто значение встречается в рамках ряда значений, без учета разбиения ряда по каким-либо интервалам [8].

В результате был получен следующий график (см. ниже Рисунок 3). Он формирует представление о том, как часто наблюдаются те или иные значения в рамках пары “++”.

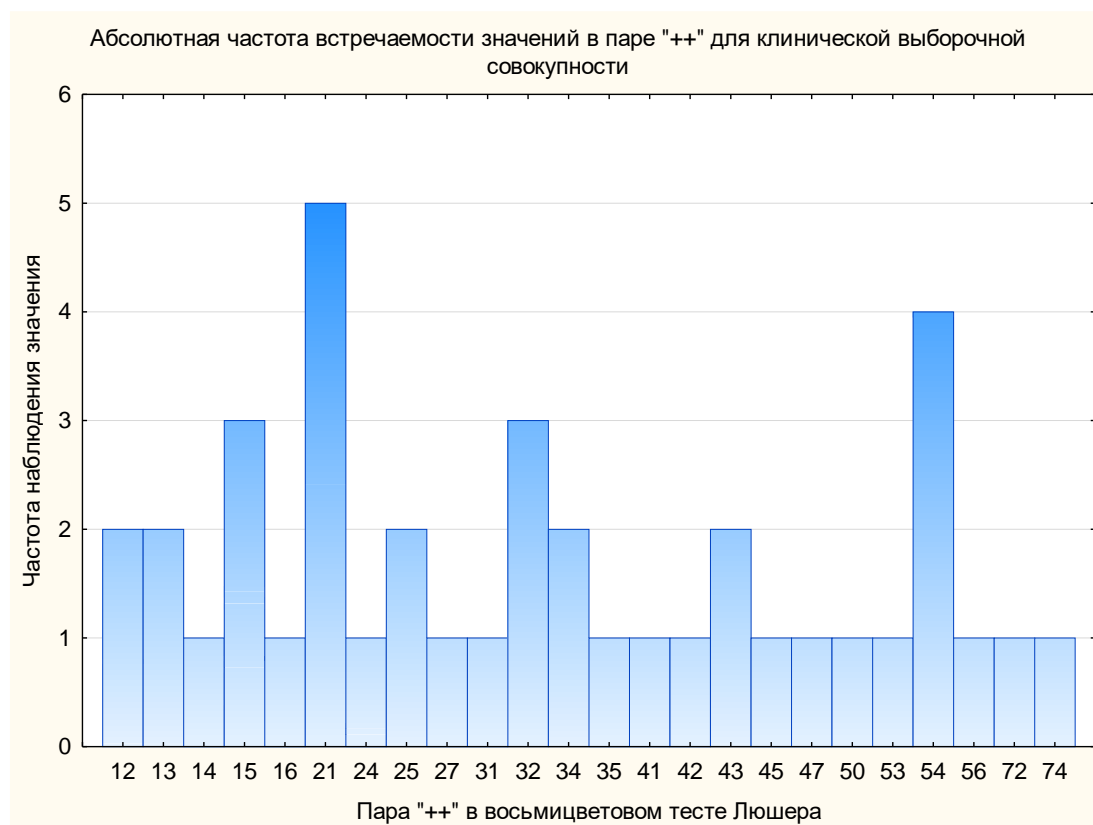


Рисунок 3 – Абсолютная частота встречаемости значений в паре “++” для клинической выборочной совокупности

Это позволяет сделать выводы о том, какие потребности выступают наиболее часто встречающимися в рамках всей клинической выборочной совокупности, что является наиболее актуальным для этих людей и как они

действуют для достижения этого. Рассмотрим наиболее часто встречающиеся значения и их потенциальное влияние на процесс формирования комплаенса.

Наиболее часто встретила такая пара как “21”, данное значение занимает 12.5% всех ответов в рамках клинической выборочной совокупности. Она соответствует сине-зеленому и темно-синему цветам. В рамках интерпретации цветовых пар эти цвета на данной позиции будут говорить о том, что индивид склонен опираться на собственное мнение, сопротивляться внешним воздействиям. Опора на предыдущий жизненный опыт, скептицизм и рационализм – являются основными характеристиками данного способа взаимодействия с реальностью. Однако, это же является и основной потребностью, человек склонен вступать в споры, отстаивать свои воззрения. Традиционно, данная пара трактуется как ассоциирующаяся с личностной зрелостью. Всё это, при адекватной фасилитации, может положительно влиять на ход реабилитационного процесса и не требовать специальных интервенций [16].

Вторым наиболее встречающимся значением для позиции “++” выступило значение 54, на данное значение приходится 10% всех ответов в рамках клинической выборочной совокупности. Данное значение соответствует цветовой паре, образованной из фиолетового и желто-красного цветов. Данная пара говорит о затруднении процесса адаптации в рамках социальных форм взаимодействия, в силу выраженных чувствительности и индивидуализма. Отмечается повышенная эмоциональная лабильность, дополняемая быстрой переключаемостью внимания. Зачастую испытуемые с такими результатами могут демонстрировать легкое вживание в различные роли социального характера. Склонны к творчеству, для них важно внимание окружающих. Эмоционально незрелы. Данная пара прогностически менее оптимальна для проведения процессов реабилитации, поскольку эмоциональная лабильность и незрелость могут привести к нестабильности реакций, что в свою очередь повлияет на уровень комплаентности. Может

потребуется привлечения специалистов для оказания психокоррекционной помощи [16].

Следующими наиболее часто встречающимися парами выступили 15 и 32, каждое из этих значений заняло по 7.5% объема всех значений.

Пара 15 в позиции “++” ассоциируется с пассивной позицией, человек склонен бездействовать, но при этом высоко чувствителен к раздражителям внешней среды. Можно говорить о потребности в прочной и глубокой привязанности как о доминирующей. Выбравшие данные цвета (темно-синий и фиолетовый) демонстрируют незрелость позиции и ранимость, трудности адаптации. Зачастую стремятся к тому, чтобы попасть в позицию, в которой смогут заниматься своими увлечениями, что для них крайне важно. Данная пара потенциально негативно скажется на процессе реабилитации, поскольку родители с доминирующими потребностями и способами реагирования такого рода вряд ли будут демонстрировать высокий уровень комплаентности в силу того, что их больше могут заботить какие-то другие, индивидуально-значимые вещи. В таких ситуациях может потребоваться психокоррекционное вмешательство для повышения степени вовлеченности родителей в процесс реабилитации [16].

Пара 32 в данной позиции указывает на потребность в престиже, в доминировании над окружающими. Испытуемые выбирающие такие цвета (красно-желтый и сине-зеленый) демонстрируют высокий уровень активности и целенаправленности своих действий. Это дополняется стрессоустойчивостью и рационализмом. Данная пара указывает на достаточную степень эмоциональной зрелости. Однако, устойчивость в своих суждениях и склонность к занятию доминантной позиции потенциально могут породить осложнения в процессе реабилитации. Осложнения эти будут вызваны тем, что данные черты предрасполагают к конфликтному поведению в спорных и аффективно заряженных ситуациях [16].

Вышесказанное позволяет, увидеть, как распределяются способы реагирования, достижения целей и какие потребности являются важными для всей клинической выборочной совокупности, однако, можно получить более полную картину. Для этого необходимо провести анализ данных особенностей в рамках разбивки выборочной совокупности на группы с различным уровнем комплаентности, что позволяет сделать методика исследования комплаентности Мориски-Грин.

Начнем с рассмотрения абсолютной частоты встречаемости значений в паре “++” для группы с неудовлетворительным уровнем комплаенса (см. Рисунок 4).

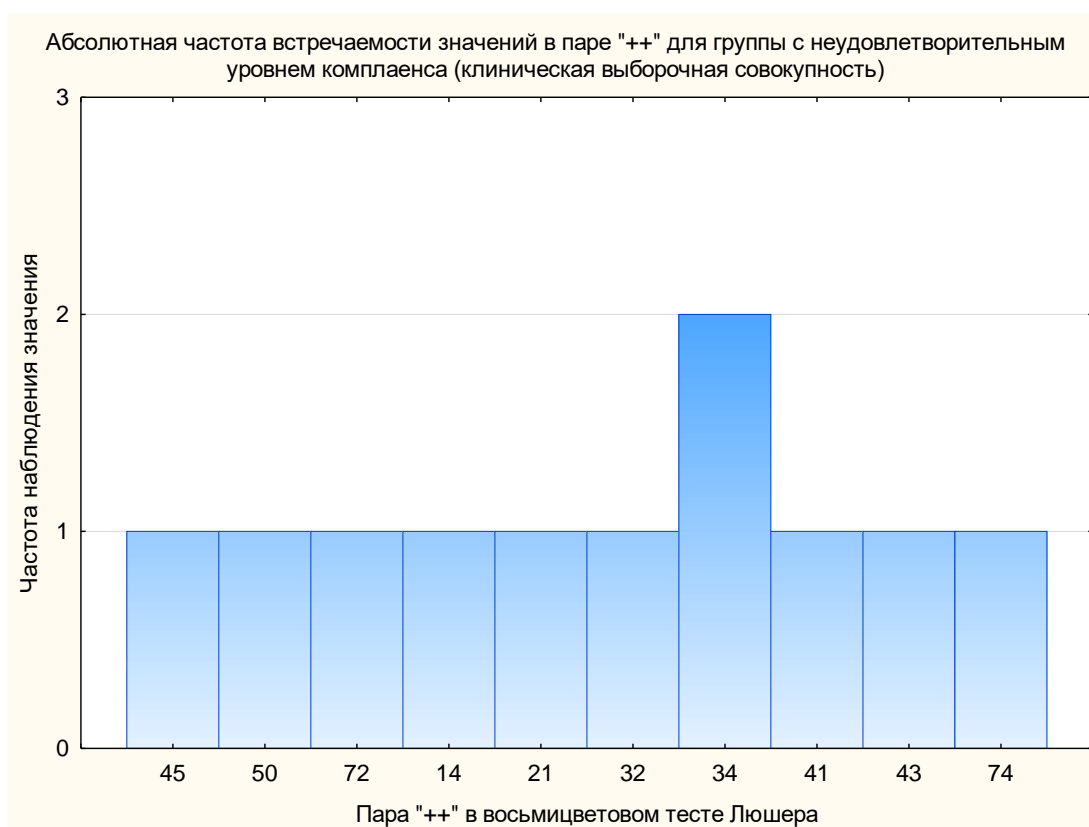


Рисунок 4 – Абсолютная частота встречаемости значений в паре “++” для группы с неудовлетворительным уровнем комплаенса (клиническая выборочная совокупность)

В рамках данной группы наблюдается мода, в роли которой выступает значение 34. В рамках цветовой пары данной значение выглядит как красно-желтый и желто-красный. Данная пара имеет схожие черты с парой 32, эти

люди также имеют потребность в доминировании над окружающими, такие люди развязны и раскрепощены, активно действуют и высоко себя оценивают. Однако, их высокая самооценка зачастую не подкреплена внутренними психическими образованиями. Она неустойчива и очень зависит от внешнего подкрепления, всё это обуславливает то, что высокий уровень притязаний сопровождается неуверенностью в себе, которая быстро сменяется чрезмерной уверенностью в себе. Всё это косвенно свидетельствует о нарциссической организации личности [12;17].

Данные особенности восприятия себя также могут определять отношение к окружающим и деятельности. В рамках реабилитационного процесса специалисты могут столкнуться с крайней непостоянностью данных родителей, поскольку неадекватная самооценка влияет и как на взаимодействие с другими людьми, так и на желание осуществлять деятельность. Если данная особенность проявляется в структуре четко оформившейся нарциссической организации личности, то это потребует полноценного психотерапевтического вмешательства, поскольку влиять это будет не только на комплаенс, но и на перспективы воспитания ребенка.

Далее мы переходим к рассмотрению абсолютной частоты встречаемости значений пары “++” для группы с пограничным уровнем комплаенса (см. ниже Рисунок 5).

В рамках этой группы мы видим значения 54 и 15 как наиболее часто встречающуюся цветовую пару, их интерпретация приведена выше.

Обе пары указывают на особенности, которые потенциально могут сказаться на комплаенсе в негативном ключе, что указывает на возможную необходимость психологического вмешательства для оптимизации процесса взаимодействия врачей и родителей детей.

Далее перейдем к рассмотрению абсолютной встречаемости значений в паре “++” для группы с удовлетворительным уровнем комплаенса (см. ниже

Рисунок 6). В рамках данной группы наиболее часто встречающимся значением является 21.



Рисунок 5 – Абсолютная частота встречаемости значений в паре “++” для группы с пограничным уровнем комплаенса (клиническая выборочная совокупность)

Интерпретация данной цветовой пары (сине-зеленого и темно-синего) приведена выше, в рамках описания всей выборочной совокупности. Потенциально, из всех описанных комбинаций способов реагирования и актуальных потребностей эта – прогностически наиболее оптимальна для процесса реабилитации детей. Особенно важными из описанных характеристик можно отметить рационализм, опора на предыдущий жизненный опыт и эмоциональную зрелость. Всё это может позволить наладить коммуникацию между врачом и родителем в ходе реабилитационного взаимодействия без вмешательства дополнительных специалистов [16].

Однако, важно также рассмотреть и другую полученную информацию, такую как значения пары “--” и информацию, полученную в рамках контрольной выборочной совокупности.



Рисунок 6 – Абсолютная частота встречаемости значений в паре “++” для группы с удовлетворительным уровнем комплаенса (клиническая выборочная совокупность)

Перейдем к рассмотрению абсолютной частоты встречаемости значений в паре “--” для клинической выборочной совокупности (см. ниже Рисунок 7).

Здесь мы наблюдаем пару 67, данное значения встречается у 40% от общего количества испытуемых в рамках клинической выборочной совокупности. В рамках цветовой пары данное значения выглядит как коричневый и черный. В рамках потребностной сферы это говорит о доминирующей необходимости в том, чтобы распоряжаться своей жизнью, делать самостоятельные выборы. Можно наблюдать реакции протеста в связи с запретами и нежелательными ограничениями. Данная тенденция

потенциально может быть связана с ситуацией воспитания ребенка с культурально стигматизированным заболеванием [16].



Рисунок 7 – Абсолютная частота встречаемости значений в паре "--" для клинической выборочной совокупности

Родитель, воспитывающий такого ребенка нередко сталкивается с тем, что процесс итоговой сепарации невозможен. Такой ребенок в ряде случаев не может жить отдельно, обеспечивать свои потребности в полной мере самостоятельно. Эту ситуацию можно описать как невозможность родителя перестать быть таковым, он связан с ребенком и прикован к этой ситуации. Невозможность вырваться из этого формата отношений потенциально может восприниматься как потеря собственной свободы, возможности распоряжаться своей жизнью. Связана ли наблюдаемая особенность с такой трактовкой ситуации – неизвестно, однако это говорит о том, что следует провести дополнительное исследование в данном направлении.

Следующим наиболее встречающимся значением выступает 07, на данную пару приходится 10% всего объема значений в рамках клинической

выборочной совокупности. Данная цветовая пара (серый и черный) говорит о повышенной чувствительности к внешним раздражителям, а также о потребности в том, чтобы преодолеть текущие ограничения различного характера, можно отметить стремление принимать решения самостоятельно. Это отчасти пересекается с интерпретацией пары 67 [17].

Также можно выделить пару 60, которая занимает 7,5% от общего объема значений в рамках клинической выборочной совокупности. В рамках цветовой пары данное значение выглядит как коричневый и серый. Это сочетание указывает на стресс, вызванный подавлением физиологических потребностей, а также на потребность во внимании и уважении.

Для более информативной картины рассмотрим абсолютную частоту встречаемости значений в паре "--" по группам комплаентности.

Начнем с группы с неудовлетворительным уровнем комплаентности (см. ниже Рисунок 8).

Здесь мы видим 67 как наиболее встречающееся значения, цветовая интерпретация данной пары приведена выше.

Вторым наиболее встречающимся значением выступает 76, в виде цветов данное значение выглядит как черный и коричневый. Здесь также наблюдаются переживания стрессового характера в связи с наложенными на жизнь ограничениями. При этом подавленной потребностью выступает потребность распоряжаться собственной жизнью, делать выборы. Может наблюдаться протест, вызванный тем, что жизнь в её текущем виде воспринимается как заурядная, однообразная. Есть потребность в отстаивании своего мнения, восприятие собственного мнения как императива для окружающих [16].

Таким образом, видно, что пары 67 и 76 являются сходными по своему внутреннему содержанию, в особенности относительно того, какая потребность является репрессированной. Однако, пара 76 является более яркой по содержанию реакций, которые вызывает репрессия потребности.

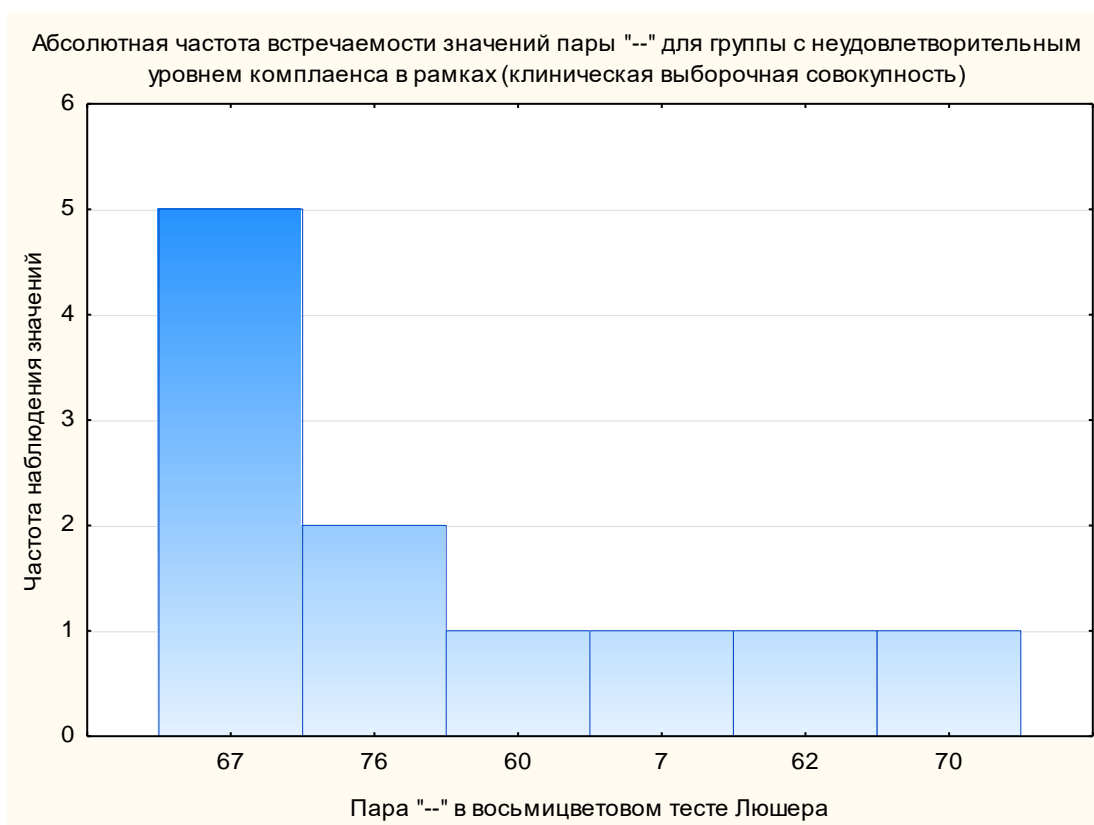


Рисунок 8 – Абсолютная частота встречаемости значений в паре “--” для группы с неудовлетворительным уровнем комплаенса (клиническая выборочная совокупность)

Перейдем к следующей группе, которая характеризуется пограничным уровнем комплаенса (см. ниже Рисунок 9). Мы наблюдаем тенденцию к проявлению схожей проблематики как в рамках всей выборочной совокупности, так и после разбивки на группы по уровню комплаентности, однако, для более целостной картины следует также рассмотреть последнюю группу в рамках данной выборочной совокупности – группу с удовлетворительным уровнем комплаенса.

В рамках данной группы (см. ниже Рисунок 10) мы наблюдаем значение 67 как наиболее встречающееся, интерпретация данного значения приведена выше, вторым наиболее часто встречающимся значением выступает 60, интерпретация для него также дана выше.

На основе результатов, мы можем говорить о том, что проблематика во всех группах с различным уровнем комплаенса сходна. Помимо сходности, мы

также наблюдаем отсутствие крупных различий между абсолютной частотой в группах и всей выборочной совокупностью.



Рисунок 9 – Абсолютная частота встречаемости значений в паре “--” для группы с пограничным уровнем комплаенса (клиническая выборочная совокупность)

Соответственно, это позволяет сделать выводы о том, что в рамках клинической выборочной совокупности связь с уровнем комплаенса демонстрируют наиболее актуальные потребности, нежели подавляемые. Однако остается вопрос того, отличается ли это от того, что мы наблюдаем в рамках контрольной выборочной совокупности, для ответа на него требуется провести аналогичный анализ результатов контрольной выборочной совокупности.

Для этого рассмотрим абсолютную частоту встречаемости значений в паре “++” для контрольной выборочной совокупности. При обработке в программе STATISTICA была получена следующая гистограмма (см. ниже Рисунок 11).

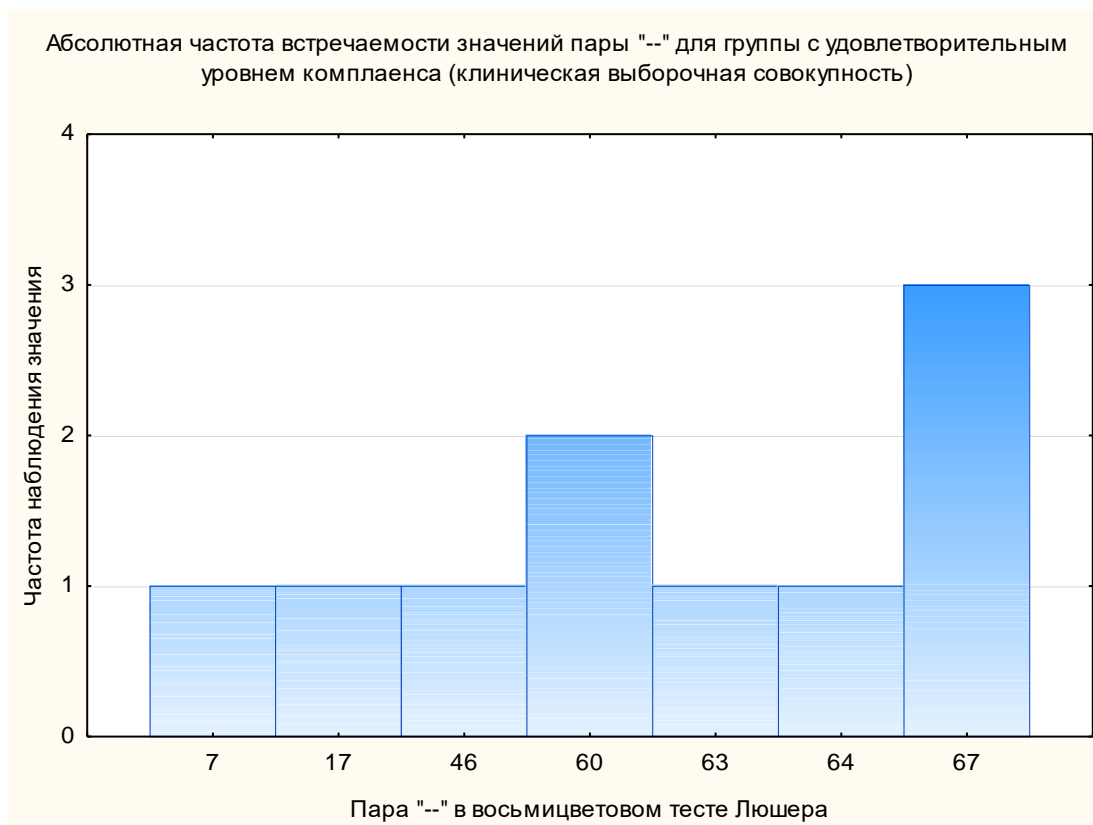


Рисунок 10 – Абсолютная частота встречаемости значений пары “--” для группы с удовлетворительным уровнем комплаенса (клиническая выборочная совокупность)

Наиболее часто встречающимся значением выступило 21, в рамках цветовой пары данное значение выглядит как сочетание сине-зеленого и темно-синего в соответствующем порядке, оно встречается в рамках данной выборочной совокупности в 15% случаев. Данное значение наблюдается и в рамках клинической выборочной совокупности как самое часто встречающееся. Интерпретация данной цветовой пары приведена выше (см. выше стр.28). Тот факт, что пара указывает на личностную зрелость, рационализм и опору на жизненный опыт – потенциально может выступать фактором, способствующим протеканию реабилитационного процесса, в той мере, в какой в него вносят свой вклад родители [16].

Вторым наиболее встречающимся значением выступает 24. Данное значение соответствует цветовой паре образованной сине-зеленым и красным цветами. На него приходится 7.5% от всех ответов испытуемых. Данная

цветовая пара, как и 21 ассоциируется с личностной зрелостью, опорой на предыдущий жизненный опыт, рациональностью, практичностью и трезвостью суждений.



Рисунок 11 – Абсолютная частота встречаемости значений в паре “++” для контрольной выборочной совокупности

Однако, можно выделить ряд значимых отличий. Данные люди демонстрируют амбициозно-защитные тенденции в поведении связанную с потребностью в укреплении самооценки через различные достижения социального характера, они имеют потребность нравиться окружающим. Также, в отличие от пары 21 здесь будет наблюдаться плохая переносимость формальных рамок любого характера, что будет отражаться в поведении. В рамках реабилитационного процесса это может сказаться как положительным, так и негативным образом. Само по себе психоррекционное вмешательство может не потребоваться, поскольку вполне вероятно, что демонстрирующие данные особенности люди смогут быть достаточно вовлечены в

реабилитационный процесс после консультативного взаимодействия с психологом [16].

Далее, мы перейдем к рассмотрению абсолютной частоты встречаемости значений в паре “++” для группы с неудовлетворительным уровнем комплаенса (см. ниже Рисунок 12).



Рисунок 12 – Абсолютная частота встречаемости значений пары “++” для группы с неудовлетворительным уровнем комплаенса (контрольная выборочная совокупность)

В рамках данной группы мы также видим 21 как наиболее встречающееся значение, интерпретация данной пары приведена ранее (см. выше стр.28). Данное наблюдение диссонирует с предыдущими. Данная цветовая пара говорит о том, что родитель способен подходить к данному виду деятельности адекватно, опираясь на имеющиеся и подвергаясь минимальному когнитивному искажению вследствие актуальных психических процессов. Поскольку черты личности, ассоциируемые с данной цветовой парой, потенциально благоприятны для процесса реабилитации

предполагалось, что данные значения будут наблюдаться в рамках групп с пограничным и удовлетворительным уровнем комплаенса. Тот факт, что данное значение наблюдается как наиболее часто встречаемое в рамках группы с неудовлетворительным уровнем комплаенса может говорить о том, что роль актуальных потребностей и наиболее часто наблюдаемых стратегий поведения не является определяющей для достижения комплаенса [16].

Далее мы переходим к рассмотрению абсолютной частоты встречаемости значений пары “++” в рамках группы с пограничным уровнем комплаенса для контрольной группы (см. ниже Рисунок 13)

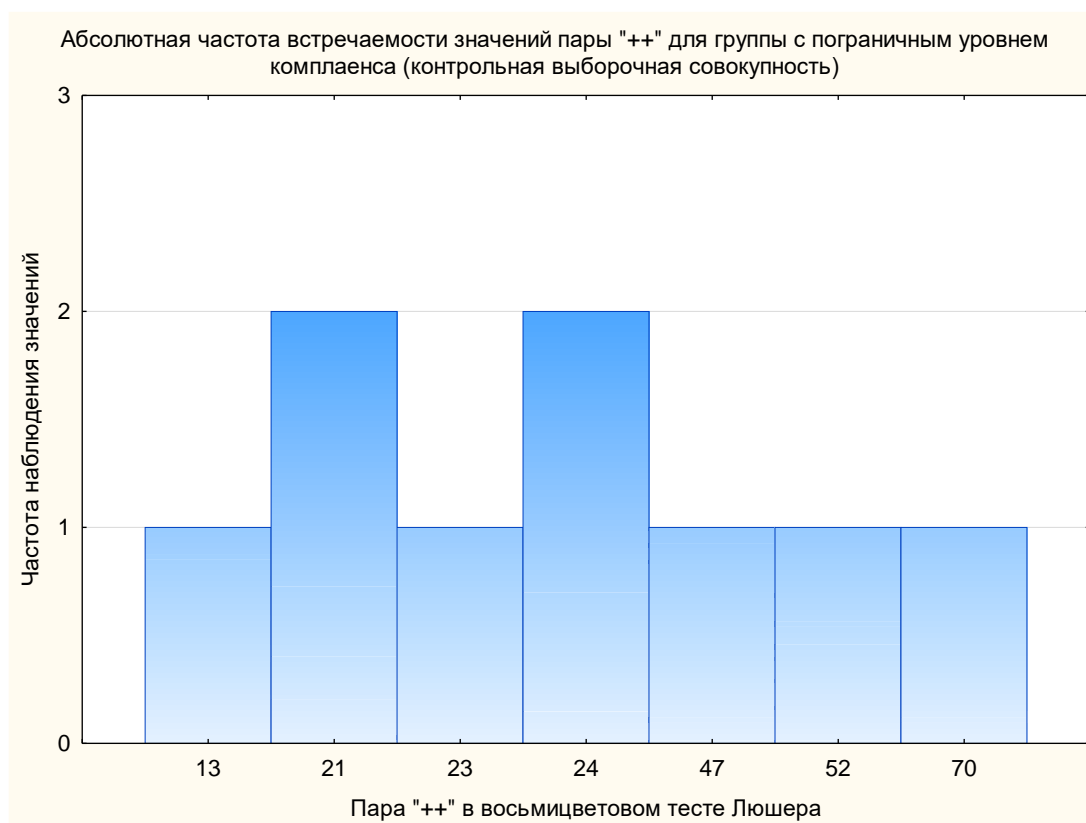


Рисунок 13 – Абсолютная частота встречаемости значений пары “++” для группы с пограничным уровнем комплаенса (контрольная выборочная совокупность)

В рамках данной группы мы наблюдаем значения 21 и 24 как наиболее часто встречающиеся, для обеих пар приведены интерпретации выше (см. выше стр.28, 39). Пара 21 встречается в 2 раза реже, чем в группе с неудовлетворительным уровнем комплаенса. Это также диссонирует с

наблюдениями в рамках клинической группы и говорит о том, что роль актуальных потребностей и способов построения своего поведения не является ведущей.

Пара 24 с другой стороны, больше вписывается в данную группу с теоретических позиций, поскольку нестабильность самооценки и склонность вступать в конфликты для её поддержания делает поведение таких людей менее рациональным. Потенциально, конфликтные ситуации с персоналом для данных испытуемых могут провоцировать патологические адаптивные реакции, которые понизят вовлеченность родителя в реабилитационный процесс или послужат источником протестных реакций [16].

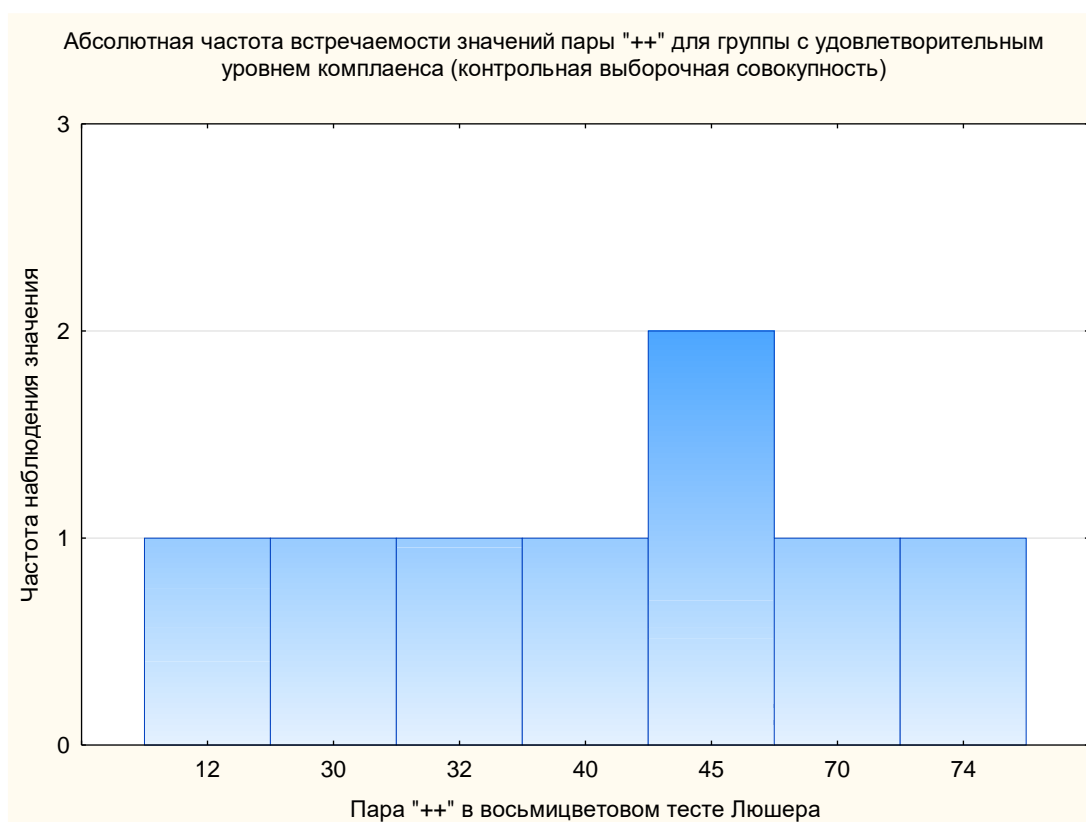


Рисунок 14 – Абсолютная частота встречаемости значений пары “++” для группы с удовлетворительным уровнем комплаенса (контрольная выборочная совокупность)

Третья группа в рамках контрольной выборочной совокупности – группа с удовлетворительным уровнем комплаенса (см. выше Рисунок 14).

Здесь мы наблюдаем значение 45 как наиболее встречающуюся. Данное значение предстает в виде цветовой пары образованной желто-красным и фиолетовым цветом.

Интерпретация данной цветовой пары указывает на потребность действовать, менять свою жизнь. Основными наблюдаемыми явлениями для данных испытуемых будут эмоциональная лабильность и повышенная эмотивность. Выраженная эмоциональная переключаемость без глубины переживаний и непостоянство образуемых привязанностей потенциально могут негативно влиять на процесс реабилитации. Также, как и в предыдущих наблюдениях для контрольной выборочной совокупности результаты демонстрируют противоречия с уровнем комплаенса. Однако, данные факты можно объяснить, как тем, что роль актуальных потребностей не столь велика, как можно было наблюдать в клинической выборочной совокупности, так и тем, что объем выборочной совокупности сравнительно невелик [16].

Для более полного понимания потребностной сферы данной выборочной совокупности следует рассмотреть значения встречающиеся в рамках пары "--" (см. ниже Рисунок 15). В рамках данной выборочной совокупности мы видим, что значения 07 и 36 занимают по 10% от всего объема, а также, что на значения 67, 03 и 06 приходится по 7,5% объема данных.

Значение 07 в виде цветовой пары предстает как сочетание серого и черного. Оно ассоциируется с повышенной чувствительностью к раздражителям извне, выбор данной цветовой пары указывает на репрессированную потребность в преодолении ограничений, особенно это касается отношений со значимыми близкими [16].

Значение 36 в свою очередь представляет собой цветовую пару, которая образуется из красно-желтого и коричневого и ассоциируется с подавлением физиологических потребностей, также данная пара указывает на то, что актуальная ситуация ущемляет чувство независимости. [16]

Значения 03 и 06 сходны по образующим их цветам, для 03 это серый и желто-красный, а для 06 это серый и коричневый, однако интерпретация их достаточно сильно отличается [14].

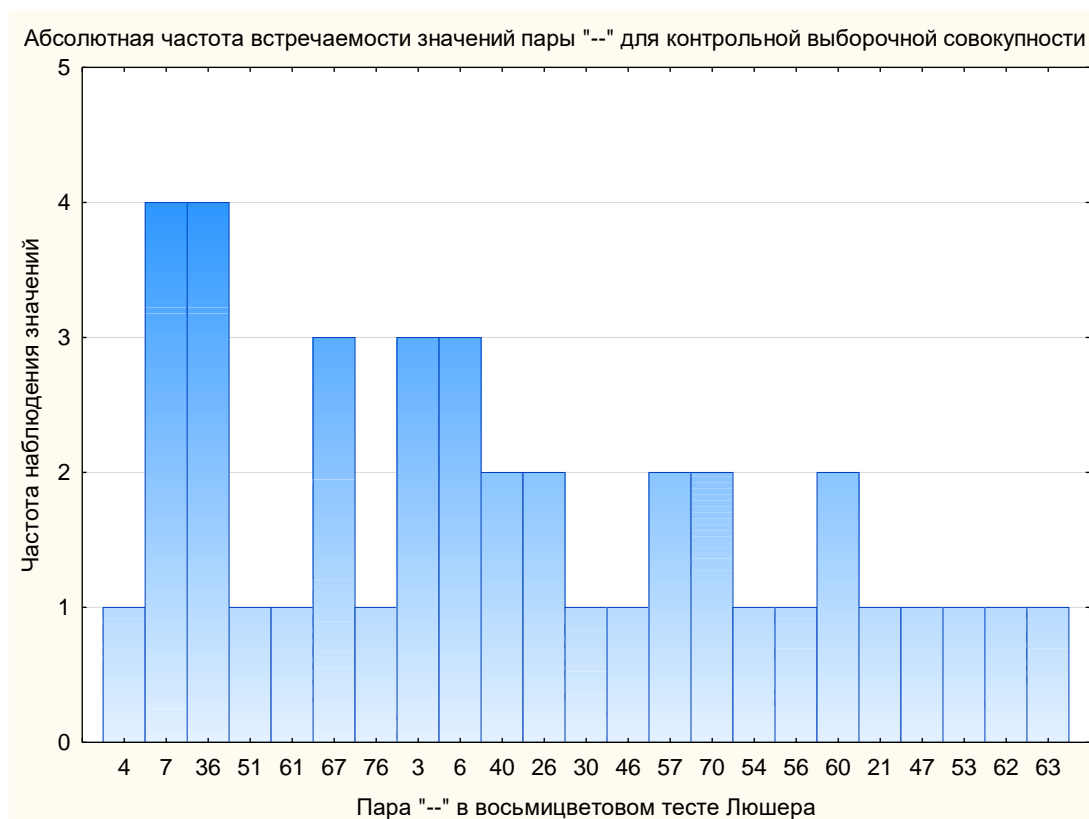


Рисунок 15 – Абсолютная частота встречаемости значений пары "--" для контрольной выборочной совокупности

Пара образованная серым и желто-красным говорит о том, что основной репрессированной потребностью для человека выступает самореализация, что сопровождается достаточно яркими аффективными реакциями и потенциально может вести к формированию невротических и психосоматических расстройств [16].

Для серого и коричневого основной точкой репрессии будут физиологические потребности, сопровождающаяся неудовлетворенностью вызванной отсутствием безопасных отношений, в которых имелось бы взаимопонимание [16].

В отличие от клинической выборочной совокупности – в данной мы наблюдаем, что круг репрессированных потребностей достаточно широк, в то

время как в клинической выборочной совокупности 40 процентов составляло значение 67.

Далее мы переходим к рассмотрению группы с неудовлетворительным уровнем комплаенса в рамках данной выборочной совокупности (см. ниже Рисунок 16).



Рисунок 16 – Абсолютная частота встречаемости значений пары "--" для группы с неудовлетворительным уровнем комплаенса (контрольная выборочная совокупность)

В рамках данной группы мы наблюдаем две моды – 67 и 06. Значение 06 интерпретировано выше на данной странице, интерпретация пары 67 также приведена выше (см. выше стр.35). Обе пары потенциально могут влиять на уровень комплаенса, однако важно также понимать, что это лишь одни из влияющих факторов, а не вся картина.

Далее мы переходим к рассмотрению абсолютной частоты встречаемости значений "--" в группе с пограничным уровнем комплаенса. (см. ниже Рисунок 17).

В рамках данной группы можно увидеть 36 как наиболее часто встречающееся значение, его интерпретация приведена выше (см. выше стр.46). Данная цветовая пара потенциально может негативно влиять на ход реабилитационного процесса. При этом важно заметить, что данное значение наблюдается всего 2 раза, на это повлияло и как малый размер группы, так и разнородность встречающихся значений.

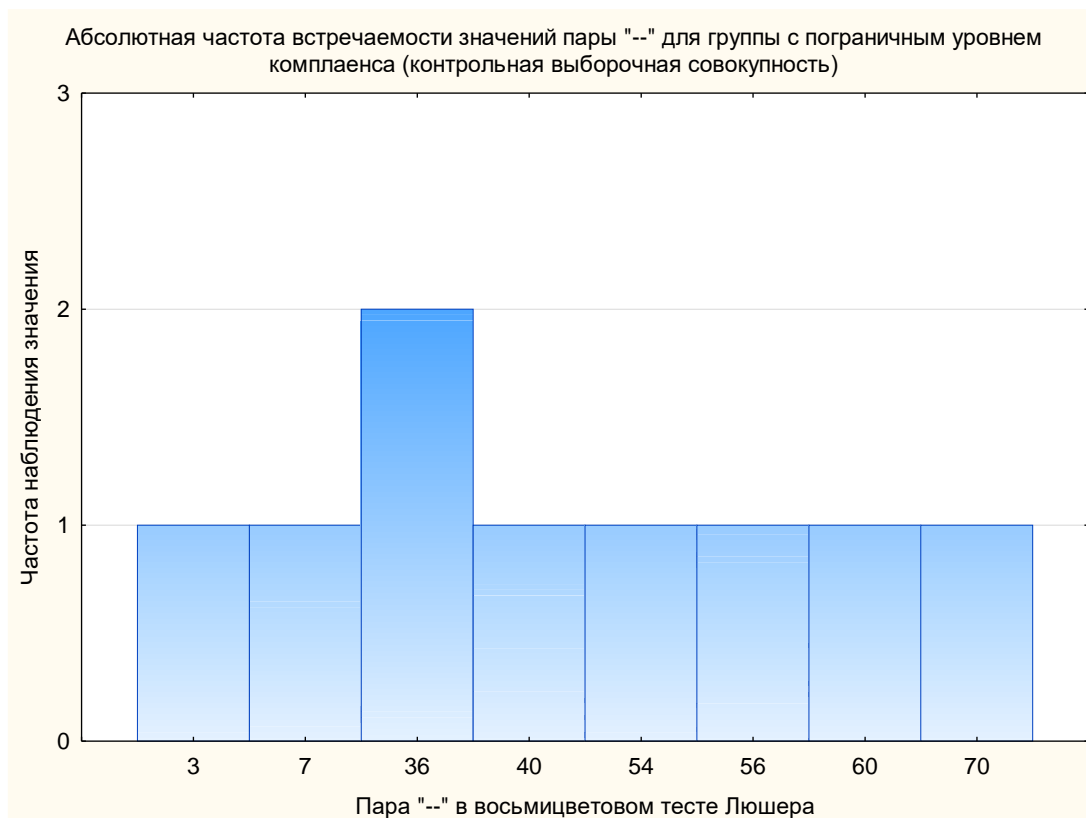


Рисунок 17 – Абсолютная частота встречаемости значений пары "--" для группы с пограничным уровнем комплаенса (контрольная выборочная совокупность)

В рамках анализа значений "--" в рамках контрольной выборочной совокупности осталось только проанализировать группу с удовлетворительным уровнем комплаенса, была построена соответствующая гистограмма (см.ниже Рисунок 18)

В рамках данной пары мы наблюдаем значение 07 как самое часто встречающееся.

Данное цветовое сочетание описано выше, (см.выше стр.36). Потенциально, данная репрессированная потребность может иметь как и негативные, так и положительные последствия для процесса, при должной фасилитации. Процесс реабилитации ребенка может стать тем пространством, где родитель сможет побыть самостоятельным и ответственным субъектом, от решений которого в какой-то мере зависит успех или неуспех данного мероприятия.

Однако, здесь, как и в прошлой группе данное значение наблюдается лишь дважды, что не позволяет говорить о какой-либо стойкой тенденции.

По итогам рассмотрения потребностной сферы было выяснено, что актуальные потребности у родителей в рамках клинической выборочной совокупности сложно выделить какую-то единую для всей совокупности тенденцию, однако при разделении на группы по уровням комплаентности и анализу актуальных потребностей значения распределились таким образом, что результаты говорят о влиянии данной сферы на уровень комплаентности, что соответствует информации из литературного обзора.

При этом в рамках репрессированных потребностей наблюдалось, что в 40% случаев у испытуемых наблюдалась проблематика вокруг невозможности распоряжаться собственной жизнью и судьбой, что потенциально может быть связано с ситуацией воспитания ребенка, который воспринимается через перцептивную стигму его заболевания.

В рамках рассмотрения контрольной выборочной совокупности было обнаружено, что при разбиении выборочной совокупности на группы по уровню комплаенса обнаруживавшиеся способы реагирования и наиболее актуальные потребности демонстрировали расхождение с ожидаемыми результатами, поскольку потенциально вредящие процессу реабилитации способы реагирования и актуальные потребности находились в группе с удовлетворительным уровнем комплаенса и наоборот.

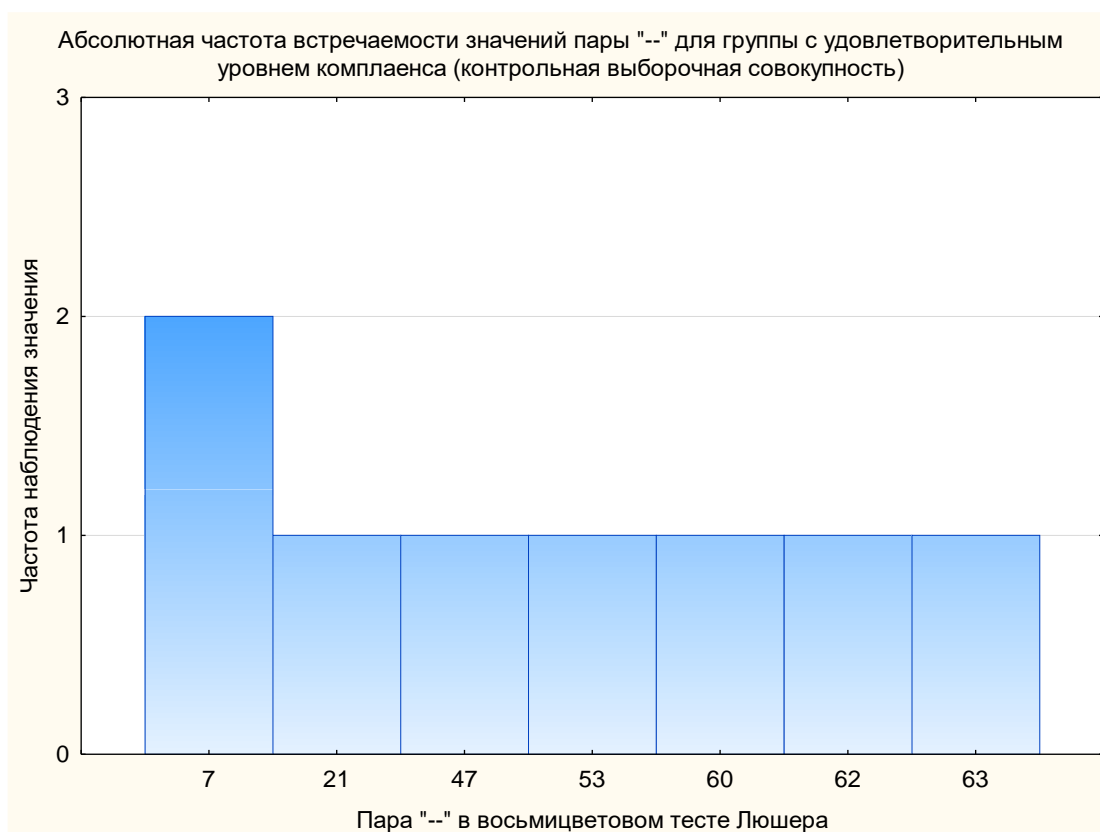


Рисунок 18 – Абсолютная частота встречаемости значений пары "--" для группы с удовлетворительным уровнем комплаенса (контрольная выборочная совокупность)

В рамках же клинической выборочной совокупности наблюдались потенциально благоприятные для реабилитации способы реагирования и актуальные потребности в более комплаентных группах и наоборот.

2.4 Обработка результатов обследования по методике многофакторного исследования личности Кеттела

В рамках данной работы нас интересует не столько усредненные личностные профили, сколько их связи с уровнем комплаентности. Для этого необходимо проверить распределения на нормальность и провести корреляционный анализ. Сравнение распределения с нормальным позволит определить можно ли экстраполировать полученные данные на генеральную совокупность. Данная информация полезна и для определения того, каким

критерием стоит пользоваться для проведения корреляционного анализа, однако уже было установлено, что распределения значений уровня комплаентности не соответствуют нормальному, соответственно в рамках данного корреляционного анализа будет использован непараметрический критерий, а именно: ранговый коэффициент корреляции Спирмена [25].

При проверке критерием соответствия Лиллиефорса было установлено:

- В рамках контрольной выборочной совокупности нормальному распределению соответствует распределение факторов Е, F, Н, I, Q3 (см. приложение 7)
- В рамках клинической выборочной совокупности нормальному распределению соответствует распределение факторов С, F, G, Н, I, М, Q3 (см. приложение 8)

Объяснить то, что остальные распределения не соответствуют нормальному можно как наличием скрытых факторов, влияющих на распределение, так и объемом выборочных совокупностей.

Далее был проведен корреляционный анализ в рамках контрольной группы, он показал следующее:

- Фактор G имеет среднюю степень прямой корреляции с уровнем комплаенса (см. приложение 10)
- Фактор О имеет среднюю степень обратной корреляции с уровнем комплаенса (см. приложение 10)

В рамках клинической выборочной корреляционный анализ показал:

- Фактор N демонстрирует среднюю степень прямой корреляции (см. приложение 9)

Это значит, что комплаентность для родителей воспитывающих детей без ОВЗ демонстрирует среднюю степень прямо пропорциональной связи с такой характеристикой как нормативность поведения и среднюю степень обратно пропорциональной связи с тревожностью. Соответственно, чем более

социально конформен человек и чем менее склонен тревожиться, тем он будет более комплаентен. [9]

При этом у родителей воспитывающих детей с детским церебральным параличом наблюдалось, что средний уровень прямо пропорциональной связи с комплаентностью имеет такой параметр как дипломатичность. Чем более человек тактично строит социальные взаимоотношения, чем он осторожнее, хитрее и расчетливее – тем выше мы наблюдаем уровень комплаенса. Это может говорить о том, что в рамках данной выборочной совокупности имеется некая скрытая переменная, которая детерминирует и полюс “прямолинейность - дипломатичность” в рамках теста Кеттела, и наблюдаемые результаты в рамках теста Мориски-Грин. Данной переменной может выступить стремление к извлечению вторичной выгоды от заболевания ребенка [11].

На основании проведенного исследования можно уверенно говорить, что гипотеза исследования может считаться подтвержденной.

Выводы по второй главе

Уровень комплаенса у родителей воспитывающих детей с детским церебральным параличом оказался выше, чем у родителей воспитывающих детей без ОВЗ. При этом нельзя сказать, что уровень является оптимальным, поскольку большая часть родителей попала в группу с пограничным уровнем комплаенса (для клинической выборочной совокупности).

Также были выявлены специфические тенденции в рамках потребностной сферы и наиболее часто используемых способах достижения цели. В рамках клинической группы актуальные потребности и способы действия согласовывались с уровнем комплаентности, в особенности по распределению цветовых пар, связанных с личностной зрелостью или незрелость. В рамках репрессированных же потребностей четко отметилась тенденция на потребность распоряжаться собственной жизнью и судьбой (40%

респондентов клинической выборочной совокупности), что потенциально связано с ситуацией воспитания ребенка с детским церебральным параличом.

Для контрольной же выборочной совокупности наблюдалась рассогласованность актуальных потребностей и способов реагирования с уровнем комплаенса. Потенциально негативно сказывающиеся на процессе реабилитации способы реагирования и актуальные потребности наблюдались в группах с большим уровнем комплаенса, в то время как потенциально положительные – в группах с меньшим. Что позволяет сделать вывод о том, что для контрольной выборочной совокупности потребностная сфера имеет меньше влияние на процесс формирования мотивации комплаенса, нежели для клинической группы, что согласуется с результатами распределений значений теста Мориски-Грин по группам комплаентности.

Рассматривая же связь уровня комплаентности с личностными чертами, мы увидели, что комплаенс коррелирует с разными параметрами в рамках контрольной и клинической выборочных совокупностей. Для контрольной выборочной совокупности прямо пропорциональная связь средней степени была обнаружена с социальной конформностью, а обратно пропорциональная связь средней степени с тревожностью. Таким образом, чем больше норм социума человек интроецировал в ходе своего онтогенеза, чем больше социокультуральных норм он опосредовал и присвоил – тем он более комплаентен к процессу реабилитации, что согласуется с культурно-исторической теорией развития высших психических функций [6].

Также, чем менее родитель склонен тревожиться – тем более он комплаентен. Это можно связать с тем, что чем меньше психической энергии человек расходует на конфронтацию и утилизацию тревоги – тем больше он способен потратить на более конструктивные и адаптивные способы реагирования. Также данный признак может говорить о более сильном Его, что также потенциально может способствовать более конструктивному взаимодействию родителя и специалистов, участвующих в реабилитационном

взаимодействии, более глубоком осмыслении данного процесса и как итог большей вовлеченности в него на уровне действий.

У родителей в рамках клинической группы же наблюдалась прямо пропорциональная связь с такой характеристикой как дипломатичность. Чем более способен к тактическому построению социального взаимодействия родитель, чем он более проницателен, расчетлив и более четко воспринимает, что он хочет получить от социального взаимодействия – тем больший уровень комплаенса он демонстрирует. Потенциально, это может говорить о том, что родитель ищет не столько возможности компенсации дефектов развития ребенка, которые вызваны заболеванием, сколько извлечением вторичных выгод от данной ситуации. В то же время, это расходится с наиболее часто наблюдаемой подавленной потребностью в свободе. Потребность в свободе, в распоряжении собственной жизнью и в то же время стремление избежать ситуации сепарации, заинтересованность в поддержании ситуации слияния с собственным ребенком, поскольку сепарация невозможна вследствие наличия заболевания – это признак пограничного конфликта, также описываемого как “базисный дефект” М. Балинтом. Вопросы автономии и слияния, несформированность личных границ – всё это указывает на пограничный уровень функционирования личности [2].

3 ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЛАЕНСА У РОДИТЕЛЕЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

3.1 Методы и их мишени

Первоочередным аспектом данной работы является комплаенс и его формирование. Соответственно, какими бы ни были психотерапевтические мишени – воздействие на них должно отражаться на уровне комплаенса.

Предложенная модель психотерапии в рамках данной работы будет прежде всего строиться на результатах эмпирического исследования. Для этого важно вернуться к его результатам. В рамках исследования родителей воспитывающих детей с ДЦП мы наблюдали специфические изменения, позволяющие судить о специфических изменениях в психике. 40% респондентов клинической группы демонстрировали репрессию потребности в распоряжении собственной жизнью, потребности делать выборы, быть свободным. Вкупе с тем, что для данной группы уровень комплаенса демонстрирует прямо пропорциональную связь с способностью тактически подходить к построению коммуникации (фактор N) – это говорит о том, что личность среднестатистического родителя, чем ребенок болен ДЦП и вписывается в 1 и 2 уровни по шкале GMFCS имеют специфические трансформации личности.

Психическая реальность такого человека строится вокруг двух противоположных по своему содержанию реперных точек. Взаимопротиворечащий характер данных тенденций указывает на наличие конфликта. Для того, чтобы понимать, будет ли он невротическим или же вписанным в пограничную картину личности – любое психотерапевтическое вмешательство будет разумным начинать с диагностики, вне зависимости от того, предполагает ли психотерапевтическая модальность её или же

полагается на другие способы оценки состояния психики человека. Хорошим инструментом в данной ситуации выступит структурное интервью О. Кернберга [12].

Далее, рекомендации разделятся в соответствии с тем наблюдаем ли мы невротическую личность или же пограничную. Если оставаться в рамках психодинамического подхода – можно применить модификации психоаналитической психотерапии О. Кернберга. Для пограничных пациентов подойдет экспрессивная психотерапия. Стандартный аналитический сеттинг модифицируется таким образом, чтобы процесс был наименее структурированным, а клиент побуждается к открытому озвучиванию всего, что происходит в его жизни. Путем анализа переноса и соотнесения переносных переживаний с событиями повседневной жизни аналитик способствует формированию репрезентаций – целостных представлений о себе и своем поведении, его первоисточниках. Важно, чтобы деятельность не переходила в классическое интерпретативное взаимодействие, поскольку интерпретация являет собой акт агрессии в глазах пограничного пациента [12].

Пациентам невротического спектра же, в рамках психодинамической парадигмы может быть показан классический психоанализ или же поддерживающая терапия, также описанная О. Кернбергом. Невротические личности как правило имеют развитое наблюдающее Его, на взаимодействии с которым и будет строиться процесс психотерапии [2;12].

Однако, для обеих групп будет крайне важным процесс формирования репрезентаций того, какие вторичные выгоды они способны получать от ситуации воспитания такого ребенка. Можно применить методы аналитической психологии, предложив поместить свою личную историю в рамках мифа. Хорошим мифом для ситуации родителя из клинической выборки будет рассказ о Гефесте и Зевсе. Их отношения отражают картину, развивающуюся в тех ситуациях, когда архетип инвалида начинает формировать вокруг себя соответствующий комплекс. Помещение личной

истории в рамки мифа позволяет пациенту выстроить интерпретацию своей ситуации самостоятельно или с минимальной помощью аналитика, что особенно полезно при терапии пограничных пациентов, так как классическая интерпретативная работа с ними малоэффективна [6;12;22].

Если же перейти к деятельностной парадигме – важно направить и структурировать деятельность родителя при взаимодействии с врачом и ребенком. Путем осуществления деятельности будет происходить расширение мотивационного репертуара через осуществление сдвига мотива на цель. Таким образом, следует структурировать деятельность, увязать цели с уже имеющимися потребностями и мотивами, что позволит протекать реабилитационному процессу более оптимально. Хорошим методом может выступить моделирование поведения, которое будет на уровне сознания направлять родителя к тем формам поведения, которые доступны сейчас и будут способствовать как достижению комплаенса, так и развитию мотивационного репертуара, что будет способствовать дальнейшей трансформации поведения в рамках взаимодействия с врачом.

3.2 Модель психотерапии родителей воспитывающих детей с ДЦП

Актуальность данных программ связана с тем, что родители детей с ДЦП, согласно проведенному эмпирическому исследованию зачастую не демонстрируют удовлетворительный уровень комплаенса, что окажет влияние на итоговый результат как социальной, так и физиотерапевтической реабилитации.

Цель данной программы – скорректировать уровень комплаенса в сторону его увеличения.

Задачи:

- 1) Диагностика уровня функционирования личности (невротический или пограничный).

- 2) Входной психометрический контроль уровня комплаенса.
- 3) Проведение психотерапевтических мероприятий.
- 4) Выходной психометрический контроль уровня комплаенса.

Методы будут включать в себя экспрессивную и поддерживающую психотерапию О. Кернберга при рассмотрении ситуации клиента с точки зрения психодинамического подхода, а также моделирование поведения с точки зрения деятельностного подхода.

Прогностически, психодинамическая терапия такого родителя займет большой срок, поскольку работа с переносом требует интенсивного взаимодействия на длительной временной дистанции, в то время как деятельностный подход будет требовать более редкого вмешательства, с целью корректировки поведения и анализа уже проделанной работы. Также, поведенческие формы психотерапии зачастую требуют меньшего срока для достижения результата. Как только форма поведения оказывается устойчиво сформированной – дальнейшее участие психолога зачастую не требуется, в то время как процесс психодинамической терапии являет собой длительное взаимодействие, которое направлено на преобразование личности. В рамках взаимодействия родителя и специалиста психолога здесь важно будет учитывать длительность реабилитационных мероприятий, будет ли родитель посещать специалиста между реабилитациями и насколько он мотивирован к прохождению психотерапии. Если при анализе всех этих факторов складывается негативный прогноз – следует обратиться к идеям деятельностного подхода и сфокусироваться на коррекции поведения, так как достижение улучшения уровня комплаенса в рамках такой формы взаимодействия будет более быстрым. Если же факторы говорят о благоприятном прогнозе – то можно обратиться к психодинамическому подходу, поскольку в долгосрочной перспективе результат будет распространяться не только на взаимодействие с врачом в рамках клиники, но и с ребенком, а также со значимыми близкими.

Выводы по третьей главе

Были рассмотрены результаты эмпирического исследования, после чего были подобраны подходы к коррекции факторов, влияющих на уровень комплаенса. При этом теоретико-методологической базой для данной части также выступили отечественный деятельностный и психодинамический подходы к изучению психики. В рамках данных теоретических парадигм были подобраны методы для диагностики природы наблюдаемых феноменов и их коррекции, с целью достижения большего уровня комплаенса в рамках процесса взаимодействия врача и ребенка. Также были рассмотрены потенциальные ограничения предложенных методов и условия, в которых деятельностный и психодинамический подходы будут наиболее эффективны.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Перед написанием данной работы была поставлена цель – проанализировать процесс формирования мотивации комплаенса родителей при реабилитации детей с ДЦП.

Для реализации данной цели были выделены две парадигмы на которых строилась теоретико-методологическая база исследования – отечественный деятельностный и психодинамический подходы к изучению психики. Были рассмотрены их понятийно-категориальные аппараты, подходы к изучению мотивации и сделаны выводы о связи мотивации с личностной и потребностной сферами.

Была сформулирована следующая гипотеза:

Уровень комплаенса различен в группе родителей, воспитывающих ребенка без ОВЗ и в группе родителей воспитывающих детей с детским церебральным параличом, что будет обусловлено различиями в рамках потребностной и личностной сферах.

Для подтверждения или опровержения данной информации было проведено эмпирическое исследование, в ходе которого гипотеза была подтверждена.

На её основе была сформулирована теоретическая программа психотерапии, внедрение которой потенциально способно позволить добиться большего уровня комплаенса.

Результаты работы позволяют говорить, что все задачи и цели были выполнены в полном объеме.

В дальнейшем необходимо обратить внимание на разрыв между отечественной и западной психометрией, данный разрыв связан с исследованием непосредственно уровня комплаентности. Необходимо восполнить его путем разработки новых способов диагностики или же путем

адаптации западных современных методик, что позволит более точно и емко проводить исследования данной сферы.

Также имеет смысл провести исследование данного рода повторно, на больших выборочных совокупностях с целью формирования выводов, которые будут гарантированно распространяться на всю выборочную совокупность, а также провести исследование предложенной модели психотерапии для анализа её эффективности, а также для её коррекции с целью достижения наиболее оптимального течения взаимодействия специалиста и родителя ребенка с ДЦП.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Баранов, А.А. Детский церебральный паралич у детей. Клинические рекомендации. МКБ 10: G80 / А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, Л.М. Кузенкова, А.Л. Куренков, О.А. Ключкова // Министерство здравоохранения РФ, Союз педиатров России. – 2016. – 61 с.
2. Баллинт, М. Базисный дефект. Терапевтические аспекты регрессии / Баллинт М.: Когито-центр, 2002. – 256 с.
3. Боулби, Д. Создание разрушение эмоциональных связей / Д. Боулби – М.: Канон-плюс, 2019. – 272 с.
4. Братусь, Б.С. Аномалии личности. Психологический подход / Б.С. Братусь – М.: Ника, 2019. – 912 с.
5. Винникотт, Д.В. Маленькие дети и их матери / Д.В. Винникотт – М.: Класс, 2016. – 80 с.
6. Выготский Л.С. Лекции по психологии / Л.С. Выготский СПб.: Союз, 2018. – 148 с.
7. Гуггенбюль-Крейг, А. Эрос на костылях / А. Гуггенбюль-Крейг – СПб.: Б&К, 2002. – 128 с.
8. Ермолаев, О.Ю. Математическая статистика для психологов / О.Ю. Ермолаев – М.: Флинта, 2014. – 674 с.
9. Зейгарник, Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник. – М.: Юрайт, 2016. – 368 с.
10. Зейгарник, Б.В. Психология личности: норма и патология / Б.В. Зейгарник – М.: МПСИ, 2007. – 416 с.
11. Капустина, А.Н. Многофакторная личностная методика Р. Кэттелла. / А.Н. Капустина. – СПб.: Речь, 2007. – 104 с.
12. Кернберг, О. Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии / О. Кернберг – М.: Класс, 2014. – 464 с.

13. Кохут, Х. Анализ самости. Систематический подход к лечению нарциссических нарушений личности / Х. Кохут – М.: Когито-Центр, 2017. – 368 с.
14. Леонтьев, А.Н. Деятельность, сознание, личность / А.Н. Леонтьев. – М.: Смысл, 2005. – 352 с.
15. Линдсей, Г. Теории личности / Г. Линдсей, К.С. Холл – М.: Психотерапия, 2008. – 656 с.
16. Люшер, М. Цветовой тест Люшера / М. Люшер. – М.: Эксмо, 2005. – 192 с.
17. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе. / Н. Мак-Вильямс. – М.: Класс, 2015. – 592 с.
18. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии / С.Л. Рубинштейн. – СПб.: Питер, 2019. – 713 с.
19. Фрейд, А. Психология Я и защитные механизмы / А. Фрейд. – СПб.: Питер, 2018. – 160 с.
20. Фрейд, З. Я и Оно / З. Фрейд – М.: Азбука, 2015. – 288 с.
21. Хьелл, Л.А. Теории личности / Л.А. Хьелл, Д.Д. Зиглер. – СПб.: Питер, 2016 – 608 с.
22. Юнг, К.Г. Человек и его символы / К.Г. Юнг, Д. Хендерсон, И. Якоби, А. Яффе. – М.: Серебряные нити, 2017. – 352 с.
23. Morisky D. E., Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence / D.E. Morisky, L. W. Green, D. M. Levine // Med Care – 1986. – 24(1): 67-74.
24. Международная классификация болезней 10-го пересмотра // [Электронный ресурс] <http://mkb-10.com/>
25. Гржибовский, А.М. Корреляционный анализ данных с использованием программного обеспечения STATISTICA и SPSS / А.М. Гржибовский, С.В. Иванов, М.А Горбатова // [Электронный ресурс]

<https://cyberleninka.ru/article/n/korrelyatsionnyy-analiz-dannyh-s-ispolzovaniem-programmnogo-obespecheniya-statistica-i-spss>

26. Гржибовский, А.М. Сравнение количественных данных двух независимых выборок с использованием программного обеспечения Statistica и SPSS: параметрические и непараметрические критерии / А.М. Гржибовский, С.В. Иванов, М.А. Горбатова // [Электронный ресурс]

<https://cyberleninka.ru/article/n/sravnenie-kolichestvennyh-dannyh-dvuh-nezavisimyh-vyborok-s-ispolzovaniem-programmnogo-obespecheniya-statistica-i-spss>

27. Данилов, Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации // [Электронный ресурс]

<https://cyberleninka.ru/article/n/terapevticheskoe-sotrudnichestvo-komplaens-soderzhanie-ponyatiya-mehanizmy-formirovaniya-i-metody-optimizatsii>

28. Лукина, Ю.В. Шкала Мориски-Грина: плюсы и минусы универсального теста, работа над ошибками / Ю.В. Лукина, С.Ю. Марцевич, Н.П. Кутишенко // [Электронный ресурс]

<https://cyberleninka.ru/article/n/shkala-moriski-grina-plyusy-i-minusy-universalnogo-testa-rabota-nad-oshibkami>

29. Микиртчан, Г.Л. COMPLAINT как медико-социальная и этическая проблема педиатрии. // [Электронный ресурс]

<https://cyberleninka.ru/article/n/komplaentnost-kak-medikosotsialnaya-i-eticheskaya-problema-pediatric>

30. Тимофеева, И.В. Особенности организации семейной жизни как фактор благополучия детей с детским церебральным параличом // [Электронный ресурс]

<https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-organizatsii-semeynoy-zhizni-kak-faktor-blagopoluchiya-detey-s-detskim-tserebralnym-paralichom>

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

**Результаты методики “Шкала комплаентности Мориски-Грин” в рамках
клинической выборочной совокупности**

Номер испытуемого	Результаты шкалы комплаентности Мориски- Грин для процессов лечения детей
1	3
2	3
3	2
4	0
5	3
6	3
7	4
8	4
9	4
10	3
11	0
12	2
13	3
14	2
15	4
16	2
17	3
18	3
19	4
20	3
21	3
22	3
23	3
24	2
25	4
26	3
27	3
28	4
29	2
30	3
31	3
32	2
33	1
34	4
35	2
36	3
37	4
38	3
39	3
40	4

**Результаты методики “Методика многофакторного исследования
личности Кеттелла (16-PF C)” в рамках клинической выборочной
совокупности**

№	MD	A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q ₁	Q ₂	Q ₃	Q ₄
1	3	9	7	5	3	9	5	3	5	10	7	7	7	2	7	4	7
2	3	3	1	5	6	10	6	4	5	2	7	1	8	1	6	5	6
3	4	2	3	4	7	5	6	5	2	10	5	4	7	8	7	5	7
4	1	4	1	4	3	9	6	4	3	5	3	2	10	5	6	6	6
5	3	7	3	5	7	8	4	5	5	9	3	8	9	1	5	7	5
6	2	1	3	5	6	4	7	3	5	10	5	6	10	3	6	6	8
7	8	1	3	7	7	6	3	4	5	7	6	5	4	2	7	6	5
8	5	2	8	4	4	6	2	4	8	8	7	1	10	2	7	6	7
9	2	1	5	3	7	8	7	1	4	5	6	6	8	6	7	6	6
10	2	1	8	8	5	7	4	4	10	8	9	8	4	5	8	5	4
11	3	3	7	4	7	1	4	1	3	4	5	8	8	5	6	6	6
12	3	7	1	4	6	4	6	1	2	10	1	5	5	2	10	10	6
13	4	3	5	4	6	7	7	2	4	7	8	6	10	2	8	4	7
14	2	9	5	9	8	9	8	7	7	10	1	6	7	3	5	5	7
15	5	5	1	5	8	8	5	3	7	10	4	7	10	1	5	9	7
16	3	7	3	1	8	6	8	2	7	7	3	7	9	1	6	4	9
17	4	3	5	1	1	8	5	1	4	7	7	6	10	3	5	6	6
18	1	7	3	3	6	9	4	7	6	10	4	6	10	5	2	2	6
19	4	5	3	4	5	7	7	3	4	8	3	8	10	6	6	4	10
20	6	1	7	6	4	8	5	4	2	10	3	4	9	8	7	4	6
21	4	4	3	3	2	7	8	1	4	9	8	9	10	1	2	7	6
22	4	5	3	7	7	5	8	3	9	5	8	4	7	5	9	10	3

Продолжение приложения 2

23	3	3	5	6	4	6	4	4	6	5	5	6	10	8	6	7	4
24	4	8	3	3	6	6	5	7	6	10	1	4	6	6	4	8	5
25	6	8	3	3	3	8	1	8	9	5	6	10	7	5	4	3	5
26	9	3	7	7	5	7	8	5	4	9	4	4	6	8	7	6	6
27	7	3	7	9	2	7	8	3	7	5	2	6	6	8	10	5	4
28	5	7	10	6	4	7	3	5	6	7	4	7	9	6	6	7	6
29	6	7	5	4	5	3	6	1	6	7	10	4	7	3	10	3	3
30	3	8	7	6	3	10	3	5	5	4	6	5	8	8	6	8	5
31	6	7	7	7	3	8	8	5	7	2	6	5	8	5	7	8	6
32	4	8	7	6	6	4	6	5	6	7	6	3	6	3	6	8	2
33	5	1	8	3	6	6	10	1	2	7	8	5	10	6	8	7	7
34	4	4	5	5	6	5	6	7	5	8	6	8	4	3	9	9	7
35	5	5	3	5	4	10	1	5	5	2	8	6	6	1	4	5	3
36	3	1	3	8	3	3	8	5	3	9	5	7	10	2	5	9	7
37	3	7	1	6	5	9	6	6	4	10	1	6	6	6	6	6	4
38	2	5	7	8	3	5	8	3	9	4	7	6	10	9	4	8	3
39	4	2	5	4	6	1	4	4	5	2	4	3	8	7	6	7	6
40	9	10	8	5	3	5	8	7	7	8	4	7	10	1	6	5	7

**Результаты методики “Восьмицветовой тест Люшера” в рамках
клинической выборочной совокупности**

№ Испытуемого	Результат	Пара “++”	Пара “--”
1	56204317	56	17
2	53210467	53	67
3	34512067	34	67
4	50241367	50	67
5	31425067	31	67
6	54312067	54	67
7	25431067	25	67
8	21475063	21	63
9	43560217	43	17
10	35126704	35	04
11	45103276	45	76
12	34250167	34	67
13	15423607	15	07
14	21350467	21	67
15	21435067	21	67
16	41250367	41	67
17	21435067	21	67
18	54127063	54	63
19	32415760	32	60
20	54312067	54	67
21	47260531	47	31
22	24153067	24	67
23	27415306	27	06
24	32415670	32	70

Продолжение приложения 3

25	16452307	16	07
26	54123067	54	67
27	15432607	15	07
28	12453760	12	60
29	43125607	43	07
30	42013675	42	75
31	13260547	13	47
32	14250376	14	76
33	72451360	72	60
34	21435067	21	67
35	74035162	74	62
36	32160457	32	57
37	13527064	13	46
38	12457036	12	36
39	25413067	25	67
40	15023764	15	64

**Результаты методики “Шкала комплаентности Мориски Грин” в рамках
контрольной выборочной совокупности**

Номер испытуемого	Результаты шкалы комплаентности Мориски- Грин для процессов лечения детей
1	3
2	4
3	2
4	4
5	1
6	2
7	2
8	0
9	4
10	1
11	3
12	3
13	0
14	4
15	3
16	4
17	3
18	4
19	2
20	3
21	0
22	3
23	3
24	0
25	0
26	1
27	1
28	2
29	0
30	3
31	2
32	0
33	2
34	2
35	4
36	2
37	4
38	0
39	1
40	2

**Результаты методики “Методика многофакторного исследования
личности Кеттелла (16-PF C)” в рамках контрольной выборочной
совокупности.**

№	MD	A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q ₁	Q ₂	Q ₃	Q ₄
1	7	1	5	9	5	5	6	3	6	5	7	1	5	3	7	8	2
2	2	1	7	2	9	4	8	3	2	10	5	8	6	3	10	5	9
3	2	8	7	8	4	6	2	8	7	8	4	4	8	1	1	5	7
4	4	10	3	7	4	8	6	4	10	5	7	8	6	6	6	7	4
5	2	9	5	3	4	8	5	3	8	5	5	4	8	1	8	9	6
6	4	3	8	7	10	7	6	5	3	5	4	6	8	7	6	8	6
7	6	5	5	7	9	9	4	3	5	8	4	8	5	2	5	7	4
8	2	7	3	4	8	10	1	10	5	7	5	4	8	1	7	1	6
9	4	1	5	6	5	6	5	4	6	8	8	3	9	6	6	9	4
10	2	7	5	2	6	8	3	3	7	5	8	7	9	6	5	7	5
11	4	7	5	3	7	9	7	3	4	5	6	4	6	5	5	7	3
12	4	7	5	8	6	4	8	4	5	7	5	3	4	7	5	8	4
13	4	7	1	9	3	3	6	2	4	7	6	7	10	1	6	6	3
14	8	4	7	7	5	5	8	5	4	4	4	5	5	5	6	8	6
15	10	7	3	7	8	6	8	6	7	8	5	8	9	6	4	10	5
16	3	7	8	5	2	7	7	6	2	10	7	5	8	1	5	5	4
17	4	3	7	8	3	4	2	6	4	5	1	5	4	1	1	5	6
18	4	8	7	6	5	6	6	6	9	7	5	4	10	2	4	5	6
19	4	1	8	5	5	3	4	4	5	4	5	4	8	1	8	6	6
20	3	5	7	6	5	4	7	6	6	9	5	4	6	5	1	3	7
21	6	9	7	7	5	5	6	4	6	8	7	5	9	2	4	8	4
22	6	4	8	5	6	1	8	1	9	5	9	6	6	8	10	8	4

Продолжение приложения 5

23	9	9	7	8	10	5	8	7	2	7	5	4	6	5	5	5	3
24	10	7	3	8	3	8	6	5	2	5	3	2	5	3	1	7	5
25	2	5	7	1	2	10	6	1	7	5	9	4	10	6	4	5	6
26	7	3	8	7	7	3	6	1	3	6	6	3	5	1	5	8	3
27	5	5	5	5	7	9	8	7	2	4	4	5	9	5	7	8	6
28	3	5	8	8	8	6	4	5	6	10	9	6	7	1	10	6	9
29	4	3	5	2	2	6	2	3	5	5	8	4	10	1	6	5	6
30	9	3	1	5	7	3	6	5	8	8	3	6	10	3	6	7	7
31	8	9	1	6	7	6	8	3	7	9	4	1	8	3	7	4	6
32	4	7	5	2	3	5	1	1	8	5	5	8	10	3	1	5	7
33	4	3	8	9	7	3	9	5	7	7	4	4	9	6	6	8	2
34	2	3	7	7	5	7	8	6	6	7	7	3	7	6	5	6	6
35	4	5	1	9	7	7	6	7	2	1	7	4	2	9	7	10	2
36	6	2	8	7	5	5	2	5	1	4	4	2	8	8	8	6	3
37	3	5	5	3	8	9	2	1	4	2	7	1	10	6	2	5	4
38	1	3	7	1	1	5	1	6	4	10	3	8	10	3	8	7	9
39	4	5	7	6	5	7	3	2	5	8	9	4	10	6	5	2	6
40	5	4	7	8	7	5	6	4	5	4	6	10	10	2	2	4	6

Прод

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

**Результаты методики “Восьмицветовой тест Люшера” в рамках
контрольной выборочной совокупности**

№ Испытуемого	Результат	Пара “++”	Пара “--”
1	21436507	21	07
2	70152463	70	63
3	43175026	43	26
4	45126307	45	07
5	51246703	51	03
6	13527406	13	06
7	20143657	20	57
8	25143607	25	07
9	12534760	12	60
10	21304567	21	67
11	47261503	47	03
12	23107456	23	56
13	14205736	14	36
14	30512647	30	47
15	24570136	24	36
16	32146507	32	07
17	24513670	24	70
18	40127653	40	53
19	15204736	15	36
20	13265740	13	40
21	54123067	54	67
22	52413760	52	60
23	21067354	21	54
24	24513076	24	76

Продолжения приложения 6

25	60327451	60	51
26	43125706	43	06
27	21675340	21	40
28	14537206	14	06
29	32051467	32	67
30	70145236	70	36
31	21436057	21	57
32	23615704	23	04
33	50417326	50	26
34	17542630	17	30
35	45703621	45	21
36	12534670	12	70
37	74530162	74	62
38	42537061	42	61
39	21546703	21	03
40	53120746	53	46

**Результаты обработки распределений контрольной выборочной
совокупности критерием соответствия Лиллиефорса с целью проверки
на нормальность**

Распределение	Результат критерия Лиллиефорса	Нулевая гипотеза	Соответствие нормальному распределению
Тест Мориски-Грин	$P < 0,01$	Не принимается	Не соответствует
MD	$P < 0,01$	Не принимается	Не соответствует
A	$P < 0,01$	Не принимается	Не соответствует
B	$P < 0,01$	Не принимается	Не соответствует
C	$P < 0,01$	Не принимается	Не соответствует
E	$P < 0,1$	Принимается	Соответствует
F	$P > 0,2$	Принимается	Соответствует
G	$P < 0,01$	Не принимается	Не соответствует
H	$P > 0,2$	Принимается	Соответствует
I	$P > 0,2$	Принимается	Соответствует
L	$P < 0,01$	Не принимается	Не соответствует
M	$P < 0,01$	Не принимается	Не соответствует
N	$P < 0,01$	Не принимается	Не соответствует
O	$P < 0,01$	Не принимается	Не соответствует
Q1	$P < 0,01$	Не принимается	Не соответствует
Q2	$P < 0,01$	Не принимается	Не соответствует
Q3	$P < 0,1$	Принимается	Соответствует
Q4	$P < 0,01$	Не принимается	Не соответствует

**Результаты обработки распределений клинической выборочной
совокупности критерием соответствия Лиллиефорса с целью проверки
на нормальность**

Распределение	Результат критерия Лиллиефорса	Нулевая гипотеза	Соответствие нормальному распределению
Тест Мориски-Грин	$P < 0,01$	Не принимается	Не соответствует
MD	$P < 0,01$	Не принимается	Не соответствует
A	$P < 0,01$	Не принимается	Не соответствует
B	$P < 0,01$	Не принимается	Не соответствует
C	$P < 0,1$	Принимается	Соответствует
E	$P < 0,01$	Не принимается	Не соответствует
F	$P < 0,1$	Принимается	Соответствует
G	$P < 0,1$	Принимается	Соответствует
H	$P < 0,15$	Принимается	Соответствует
I	$P < 0,1$	Принимается	Соответствует
L	$P < 0,01$	Не принимается	Не соответствует
M	$P < 0,2$	Принимается	Соответствует
N	$P < 0,01$	Не принимается	Не соответствует
O	$P < 0,01$	Не принимается	Не соответствует
Q1	$P < 0,01$	Не принимается	Не соответствует
Q2	$P < 0,01$	Не принимается	Не соответствует
Q3	$P < 0,1$	Принимается	Соответствует
Q4	$P < 0,01$	Не принимается	Не соответствует

**Результаты корреляционного анализа с помощью критерия Спирмена в
рамках клинической выборочной совокупности между уровнем
комплаентности и личностными чертами**

Параметр	Уровень корреляции с тестом Мориски-Грин
Тест Мориски-Грин	1
MD	0,25514812
A	-0,0551851012
B	0,0593297609
C	0,154774516
E	-0,163241215
F	0,163274388
G	-0,179912572
H	0,216717025
I	0,261896126
L	0,0709643427
M	0,00918224321
N	0,329340351
O	0,0996442792
Q1	-0,0249935524
Q2	-0,0127696397
Q3	0,00794283309
Q4	0,119781313

**Результаты корреляционного анализа с помощью критерия Спирмена в
рамках контрольной выборочной совокупности между уровнем
комплаентности и личностными чертами**

Параметр	Уровень корреляции с тестом Мориски-Грин
Тест Мориски-Грин	1
MD	0,116292224
A	-0,104074456
B	0,0346267028
C	0,179570733
E	0,285365225
F	-0,115971743
G	0,386436532
H	0,195144633
I	-0,0224771122
L	-0,00102850665
M	0,0435810091
N	-0,054406482
O	-0,377750926
Q1	0,311764977
Q2	0,0377606271
Q3	0,136310088
Q4	-0,202016093

Выпускная квалификационная работа выполнена мной самостоятельно.
Использованные в работе материалы и концепции из опубликованной научной литературы и других источников имеют ссылки на них.

Отпечатано в ____ экземплярах.

Библиография ____ наименований.

Один экземпляр сдан на кафедру.

« ____ » _____ 201_ г.

(дата)

(подпись)

(Ф.И.О.)